Vol. 244 Marzo 1878

ANNALI UNIVERSALI
DI
MEDICINA E CHIRURGIA

PARTE RIVISTA

GIÀ DIRETTA DA SORESINA E DE-CRISTOFORIS

ORA DA

A. CORRADI

MILANO
FRATELLI RECHIEDEI EDITORI

1878.

FARMACOLOGIA TEORICA E PRATICA

OVVERO

FARMACOPÈA ITALIANA

di GIUSEPPE OROSI

Professore di Chimica Medica e Farmaceutica nella R. Università di Pisa
Prof. onorario del R. Istituto di studii superiori di Firenze
Membro di varie Accademie scientifiche

Quarta Edizione corredata da moltissime aggiunte ed innovazioni.

Sono disponibili ancora poche copie di quest' opera, ora ultimata, la quale costava lire 52 in associazione, si può oggi averla dalla Ditta FRATELLI RECHIEDEI, Milano, per sole lire **35.**

MANUALE DI CHIMICA

APPLICATA

ALLE ARTI E ALL'INDUSTRIA

Redatto giusta gli ultimi programmi ministeriali
per gli Istituti Tecnici
del Prof. Cav. **ANTONIO SELMI**

Corredato da 44 figure intercalate nel testo

Un vol. in-16 di pag. 572 L. 4. —

TRATTATO DI ANATOMIA DESCRITTIVA

CON PIÙ DI 1000 FIGURE COLORATE E NERE
INTERCALATE NEL TESTO

PER

Ph. C. SAPPEY

Professore di Anatomia alla Facoltà di Medicina di Parigi
Membro dell'Accademia di Medicina

PRIMA TRADUZIONE ITALIANA

SULLA TERZA ED ULTIMA EDIZIONE FRANCESE (1877)
SOTTO LA SPECIALE DIREZIONE
DEL
DOTT. GIOVANNI ANTONELLI
Professore di Anatomia Umana nella R. Università di Napoli.

L'opera sarà divisa in quattro volumi in-8 grande di circa 900 pagine ciascuno.

Il primo comprende l'*osteologia* e l'*artrologia*; il secondo la *miologia* e l' *angiologia*; il terzo la *nevrologia* e *gli organi dei sensi*; il quarto la *splancnologia* e l'*embriologia*. La esattezza delle figure, la qualità della carta ed i caratteri scelti renderanno l'edizione per tutti i lati pregevolissima.

La pubblicazione si fa a fascicoli di pagine 48 per LIRE UNA. Gli abbonati di provincia pagheranno l' importo anticipato di L. 10 ciascuna.

DELL' ETÀ CRITICA

nello stato di salute e di malattia

TRATTATO PRATICO
DELLE AFFEZIONI NERVOSE E DI ALTRA NATURA
DI
TILT EDWARD JHON

prima versione italiana sulla terza edizione inglese.

Prezzo L. 6.

Dirigersi con vaglia alla Ditta *Fratelli Rechiedei*, Milano.

Si pregano i signori associati in mora di pagamento a voler mettersi sollecitamente in regola onde evitare reciproci disturbi ed eccitamenti personali.

L' AMMINISTRAZIONE.

RIVISTA DI MEDICINA LEGALE

del prof. ARRIGO TAMASSIA.

I.

Tanatologia.

Hofmann — *I fenomeni cadaverici più importanti dal punto di vista medico-legale.*
Laugier — *Sulle rotture dell'intestino.*
Tarchini-Bonfanti — *Sulle scottature.*
Sander — *Suicidio mediante ferita al cuore.*
Wesch — *Sull'avvelenamento per gaz illuminante e per ossido di carbonio.*
Zuggl — *Morte improvvisa sospetta.*
Boll, Kühne, Schenk — *Sul rosso retinico.*
Pénard — *Sulle ecchimosi sottopleuriche.*
Tamassia — *L'affare di Penge.*
Cazeneuve — *Nuovo metodo per scoprire le macchie di sangue.*
Husson — *Id. Id.*
Reuboldt — *Pulci viventi su vestito di un annegato.*

II.

Identità.

Bellini e Filippi — *Sul colore dei capelli.*

III.

Venere forense.

Brit. Med. Journal — *Durata della gravidanza.*
Schlemmer — *Ricerche sullo sperma umano.*
Delens — *Su alcuni vizj di conformazione dell'imene.*
Brit. Med. Journal — *Imputazione di stupro.*

IV.

Bio-tanatologia dei neonati.

Hecker — *Su un caso di dubbio infanticidio.*
Cuzzi — *Contribuzione alla dottrina dell'infanticidio.*
Hofmann — *Docimasia dell'orecchio.*

V.

Psicopatologia forense.

Motet — *Assassinio commesso da un epilettico.*
Folet — *Disordini psichici derivanti dalla fame.*
Kornfeld — *Sulla pazzia dei delinquenti.*
Ireland — *Idiozia ed imbecillità.*
Tamburini — *Monomania impulsiva da epilessia.*
Tamassia — *Gli ultimi studj italiani sulla imputabilità.*

VI.

Parte formale.

De Crecchio — *L'insegnamento della medicina legale in Italia.*

I.

Tanatologia.

Dei fenomeni cadaverici più importanti dal punto di vista medico-legale; del prof. Edoardo Hofmann. (*Die forensisch wichtigsten Leichenerscheinungen*).

Il Relatore su questa stessa *Rivista* diede un sunto della metà di questo importante lavoro del prof. Hofmann. Ora essendone apparsa nel *Viertelj. für gericht. Med.* (Bd. XXV, Hf. 2), la seconda metà, il Relatore compie il suo sunto, credendo di rendere qualche utilità ai cultori della Medicina legale.

Dopo la *rigidità cadaverica*, si manifesta la *putrefazione*; ma non devesi credere che questa sia sempre posteriore alla cessazione della prima; spesse volte la putrefazione comincia quando l'irrigidimento non si è ancora dissipato. Il primo insorgere della putrefazione si manifesta nell'occhio, il quale perduto il suo splendore e la sua tensione, dopo la morte, offre nei punti che sono in contatto coll'aria, la congiuntiva secca con una colorazione bruna giallognola e con una consistenza più sentita. Ma pel determinarsi della putrefazione, il bulbo comincia a rammollirsi e la cornea ad opacarsi; questa dapprincipio appare come cosparsa da polvere, quindi si raggrinza in piccole pieghe, e man mano che la putrefazione si avanza, il tessuto corneale diventa sempre più opaco, fino a giungere al grado di opacità assoluta; a questo ultimo grado nei cadaveri che putrefano nell'acqua si arriva assai rapidamente. Questo è un andamento abbastanza regolare e conosciuto; ma l'Autore riferisce di un perito (?) che su un cadavere di un infante stato parecchi giorni nell'acqua avendo riscontrato questa opacità lattea dalla cornea, giudicò che l'infante era nato cieco, e che assai probabilmente la madre l'aveva annegato *per questa sua congenita imperfezione*. In seguito collabisce sempre più la cornea e con essa tutto il bulbo, mentre il

cristallino si scioglie e le membrane dell'iride si imbevono di sangue; alla fine tutto l'occhio si riduce ad un ammasso sacciforme rilasciato che si rannicchia nel fondo dell'orbita, e che pel carattere fibroso delle sue membrane resiste assai alla sua distruzione. L'Autore accenna però ad alcune eccezioni in questo decorso: dice d'aver visto occhi sufficientemente ben conservati su cadaveri che erano già in preda alla putrefazione verde.

Nella cute la putrefazione comincia col processo di imbibizione. Le macchie cadaveriche diventono più ampie, perdono il loro colore rosso-roseo e tendono ad occupare sempre maggiore estensione della superficie del corpo. Le grandi diramazioni venose nei punti in cui la cute è sottile, specialmente al collo, alla parte superiore del petto e dell'addome in corrispondenza delle vene epigastriche cominciano a segnarsi come strie azzurrognole sulla cute; lo stesso accade delle vene sottocutanee delle estremità.

In seguito, coll'aumento sempre più marcato del processo di imbibizione, comincia a determinarsi sulla cute una speciale colorazione verde: questa comincia alle parti laterali dell'addome, agli inguini e di là guadagna l'addome ; e spesso questo segna una pausa della putrefazione, tanto che accade che mentre tutto l'addome è di color verde, le altre parti del corpo si mantengono ancora nella già indicata colorazione dell'imbibizione. Dall'addome la colorazione verde si diffonde a chiazze, o per strie nelle altre parti del corpo, al volto, al collo, attraverso gli spazj non ancor colorati dalla ipostasi, lungo il decorso delle vene superficiali, tanto che alla fine tutta la superficie esterna del cadavere, tranne in alcuni punti in cui si hanno strie e macchie rossastre, è colorata in verde; colorazione verde che sempre più aumenta di intensità.

Quanto alla provenienza di questa colorazione verde, l'Autore accetta l'idea di Rokitansky, cioè che si debba ascrivere ad azioni chimiche dell'acido solfidrico sulle sostanze coloranti del sangue. Questa colorazione verde è solubile nell'acqua, tanto che lavando ripetutamente un tessuto già allo stato di putrefazione verde, questo viene a perdere il suo colore. Se questa soluzione acquosa ottenuta, è posta davanti allo spettroscopio, si vedono dapprima le strie dell'assorbimento dell'emoglobina ossigenata, cui si aggiunge una piccola striscia, ma abbastanza distinta nel color arancio dello spettro tra C e D. Questo spettro corrisponde all'emoglobina combinata coll'acido solfidrico, combinazione la quale anche nei laboratorj (Hoppe-Seyler) si ottiene colorata in verde. Questa ultima stria si consegue solo però quando si ha la vera putrefazione verde; non si ha nè da tessuto colorato in rosso dalla ipostasi, nè da succo di muscolo rigido. L'Autore però non crede che tale striscia debba esser esclusiva di una combinazione dell'*emoglobina* coll'acido solfidrico. Egli invece ritiene sia propria d'ogni tessuto che vada in putrefazione; difatti dice che si ottiene dalle uova putrefatte nelle quali certo non si può presupporre la minima quantità di sangue o suoi de-

rivati; tutte le sostanze albuminoidi, putrefacendosi, dovrebbero dare questa stria.

Ma non sempre la colorazi one verde si diffonde coll'ordine accennato; è noto come per gli studj di Casper, Devergie ed altri si venne a stabilire che nei cadaveri che putrefano nell'acqua, la colorazione verde anzichè all'addome, comincia alla faccia, al collo ed al petto. L' Autore riconosce la esistenza di questo fatto, ma non vuole però che vi si dia il carattere d'una legge costante, citando in prova di ciò osservazioni proprie e di Ogston (1851) da cui risulterebbe che talune volte anche negli annegati si ha la putrefazione verde all'addome, mentre la cute del petto n'è completamente libera. Importante è pure l'osservazione dell'Autore che il presentarsi primitivamente della putrefazione verde alla cute della faccia può occorrere anche in cadaveri di non annegati; egli avrebbe ciò osservato specialmente in coloro che morirono improvvisamente per paralisi cardiaca; anzi eglì ammette che in altri generi di morte quali l'asfissia per carbone, e in tutte le altre asfissie in generale debba accorrere questo anomalo insorgere della putrefazione, poichè egli lo subordina alla massa del sangue sottostante alla cute; e certamente, se vi hanno condizioni di stasi encefaliche e periferiche nella faccia nel collo e nel petto, queste si trovano negli accennati generi di morte; appoggia pur l'Autore questa sua opinione con casi pratici da lui osservati; lo stesso dice degli infanti nati morti, o morti dopo poco tempo dalla nascita; e ciò perchè colla presentazione del capo e col lungo travaglio si favorisce una potente stasi al capo, e anche perchè l'intestino e lo stomaco di costoro ancora vuoti non possono, come avviene in coloro che furono nutriti, indurre la putrefazione all'addome pella scomposizione o fermentazione dei materiali di nutrizione.

Procedendo la putrefazione, la cute, specialmente nei punti della maggiore imbibizione, si fa sempre più succolenta, e comincia la trassudazione di liquidi sierosi, sanguigni, di colore indeterminato attraverso il corion e quindi sotto l'epidermide, la quale quindi si rialza a bolle, a vescicole riempite di questi liquidi; e queste si estendono tanto che alla fine si fondono, e favoriscono quindi il distacco dell'epidermide pella più piccola violenza. Quindi si scoprono i punti denudati dell'epidermide, i quali o cadono in preda alla colliquazione putrida; oppure pel contatto dell'aria atmosferica prosciugandosi, diventono di colorazione bruno-rossastra, di consistenza pergamenacea. Nella stessa guisa si determina la produzione dei gas; in generale (non costantemente però) questi cominciano a manifestarsi col meteorismo all'addome, quindi coll'enfisema del tessuto cellulare sottocutaneo specialmente al collo, al volto, alla faccia, alle palpebre, ecc. ecc.; questi punti enfisematosi sono elastici, crepitanti al tatto, lasciano uscir gas al taglio. Per questo rigonfiamento del tessuto sottocutaneo, il cadavere acquista quell'aspetto che fu detto da Casper e ricopiato da tutti, cioè l' *apparenza gigantesca* (gigantisches Aussehen). Giunta la putrefazione a questo grado è assai difficile il

riconoscimento del cadavere; è pur difficile il determinare l'età e lo stato di nutrizione generale dell'individuo, giacchè anche presso individui magri, vecchi od esauriti i tessuti distesi dall'enfisema putrefattivo appajono robusti ed assai nutriti. Specialmente e pella determinatasi colorazione verde e pel ringonfiamento dei tessuti, il volto è così deformato da esser irreconoscibile.

Qui però la scienza si studiò di poter, malgrado queste condizioni, argomentare la identità dell'individuo. Già Tourdes e Wilhelmi nel 1845, quindi Richardson (1863) questo tentarono; i primi immergendo nell'alcool che teneva sciolto allume e nitro la testa del cadavere, il secondo mettendo la testa in un bagno d'acqua salata, quindi trattandola coi vapori di cloro e coll'iniezione nelle arterie della faccia di una soluzione di acqua di cloro, di cloruro di zinco e cloruro di ferro. Ma l'Autore seguì un metodo più semplice e di una riuscita sicura; il Relatore, che fu presente ai fatti esperimenti, può farne pienissima fede. L'Autore mette la testa del cadavere svuotata dal cervello nell'acqua corrente per circa 10-12 ore; con questo mezzo si esporta la sostanza verde; e si fa sparire quasi completamente l'enfisema sottocutaneo; in seguito mette la testa in un bagno di alcool che tiene in soluzione una forte quantità di sublimato corrosivo e ve la lascia per 12-20 ore. Dopo questo tempo ogni residuo di colorazione verde, ed ogni traccia di enfisema è sparito, la cute acquistando una colorazione grigio-biancastra. In un caso in cui era necessaria stabilire l'identità del cadavere, l'Autore riuscì perfettamente con questo mezzo, e colorando con una certa finezza artistica il volto, potè quasi rintegrare la espressione della fisionomia dell'individuo. Gli altri fenomeni di putrefazione che conseguono, procedono con maggiore lentezza; l'epidermide si sfoglia sempre più; i capelli e le unghie si staccano, i punti colorati in verde della pelle divengono sempre più scuri quasi neri, e i punti rossi acquistano color scuro indeterminato; aumentano i gas in tutte le parti, finchè questi, disteso fortemente l'addome, lo fanno scoppiare; da questo punto il ventre si raggrinza e le parti molli cadono in preda alla dissoluzione.

Ciò che avviene all'esterno, si manifesta pure all'interno; gli organi putrefano più prestamente nei punti loro ipostatici; dall'ipostasi si passa all'imbibizione, cominciando normalmente alla parete posteriore della faringe, della laringe, della trachea, dello stomaco, dell'intestino.

Lo stesso avviene nella intima dei vasi e del cuore. Si formano delle macchie e delle striscie rosse, rosso-sporche, che sempre poi si estendono, e si confondono alla fine. In seguito anche negli organi interni si manifestano quelle colorazioni verdi che si descrissero alla cute. Primi putrefano gli organi addominali, specialmente lo stomaco e le intestina; quindi la faringe, la laringe, la trachea, il fegato il quale dovrebbe, secondo Klebs, la prontezza della sua colorazione verde all'abbondanza di sostanze contenenti solfo. Più tardi putrefano i polmoni, le meningi, il cervello.

I cambiamenti macroscopici che si determinano nei varj organi si debbono a mutazioni di colore, a rammollimenti delle parti, alla produzione di enfisema e successivamente alla distruzione del tessuto; la resistenza dei varj organi alla putrefazione dipende dalla quantità di sangue contenuto nell'organo, dalla durezza del tessuto e dalla facilità o meno con cui l'aria vi può affluire. — Perciò che riguarda la resistenza dell'utero, l'Autore, pure accettando l'opinione di Casper, fa notare come pel parto e pella gravidanza, tale resistenza venga d'asssi scemata; ed accenna pure di avere riscontrato l'utero di una bambina di sette mesi, il cui cadavere fu esposto all'aria per una settimana, già ridotto alla colorazione verde, assai rammollito ed imbevuto.

Per ciò che riguarda le *alterazioni microscopiche* dei tessuti l'Autore riferisce i risultati conseguiti da Rindfleisch, Klebs, Falk e del Relatore, e poichè questi vennero diffusamente esposti nelle passate Riviste, il Relatore si crede dispensati dal compendiare su questo punto lo scritto dell'Autore. Solo gli preme notare come l'Autore, accogliendo le conseguenze del Relatore, fa alcune riserve circa l'interpretazione data da questi alle granulazioni conseguenti alla distruzione della putrefazione, ammettendo che desse sieno sostanze adipose, anzichè, come ritiene il Relatore ancora sostanze albuminoidi.

Il Relatore però, per quanto deferente all'autorità del professore di Vienna, deve insistere nella sua idea, giacchè per quanto le reazioni dell'etere, benzina, cloroformio meritino una fiducia relativa (unzulänglich), queste sono ancora le uniche che al microscopio ci possono condurre ad una diagnosi differenziale.

L'Autore circa la putrefazione del fegato osserva come le cellule di questo vadano ingiallendo, acquistando una colorazione cerea, e nel successivo svolgimento del processo si vadano riempiendo da granulazioni grasse e da masse granulari; dando il consiglio di esser ben cauti prima di proferire, come può avvenire in alcuni avvelenamenti, un giudizio sull'esistente *degenerazione parenchimatosa* del fegato; l'Autore pure accede, dopo sue proprie osservazioni, all'idea di Klebs, cioè che l'affollarsi di grandi masse di granulazioni adipose nel fegato in putrefazione debba aver avuto per precedenza una leggiera infiammazione del fegato stesso. Oltre questi materiali, è assai frequente nei residui dei corpi in putrefazione il trovarsi cristalli di *tirosina*, *leucina*.

Circa le mutazioni cui va soggetto il sangue pella putrefazione, l'Autore accenna al continuo distruggersi dei globuli sanguigni, allo sciogliersi degli eventuali coaguli fibrinosi. Il sangue così trasformato imbeve le pareti vascolari, ed i tessuti circostanti, e così a poco a poco disporre dai vasi. Da ciò il consiglio d'esser ben cauti nel dare un giudizio di morte per emorragia, argomentandola dalla sola vacuità dei vasi. Per la stessa ragione anche il sangue stravasato e raccoltosi per lesioni traumatiche, può completamente sparire, od almeno divenire irreconoscibile. Più è originariamente fluido il sangue, con

maggior rapidità si compie la imbibizione e si formano i trassudati post mortali nelle varie cavità, filtrando il sangue così ridotto attraverso le pareti delle sierose; si formano in tal guisa ed assai prestamente trassudati post mortali nelle cavità pleuriche ed addominali; ed è pur evidente che questo efflusso dall' organo di quantità considerevole di sangue deve esser fatto tutto a spese del volume dell' organo stesso. Quindi — fatto importantissimo ad esser notato nella dottrina dell' infanticidio — più aumenta il trassudato nella cavità pleurica, tanto minore si fa il contenuto d'aria del polmone, e tanto maggiore all' incontro diviene la compattezza di questo. La facilità, la rapidità con cui si forma questo trassudato intrapleurico, la somma elasticità del polmone, la possibilità che un po' d'aria isfugga appena sia stata inspirata, possono contribuire a rendere all' istante della sezione un polmone vuoto o quasi vuoto d'aria, mentre aveva respirato; specialmente questo occorre, allorquando il neonato perì per soffocazione nell'acqua ed in questo venne a putrefare. L' Autore provò infatti su conigli la possibilità di ottenere polmoni senz'aria, malgrado che i conigli fossero da parecchi giorni vissuti. L'Autore quando si occupa delle condizioni che favoriscono e ritardano la putrefazione, confrontando il valore dei varj ambienti e delle condizioni del cadavere, e concludendo alla tesi abbastanza sconfortante esser cioè assai difficile il potere segnare delle leggi determinate circa il processo di putrefazione.

Studio medico-legale sulle rotture dell' intestino nelle contusioni dell'addome; del dottor Maurizio Laugier. (*Ann. d'Hyg. et Méd. lég.*, Janvier 1878).

L'Autore si preoccupa della ben nota facilità con cui dietro colpi di corpi ottusi sull'addome si può determinare la morte. Dice questa conseguire ad una peritonite più o meno generalizzata e più o meno mortale; e questo alla sua volta esser quasi sempre dovuta alla rottura d'un viscere addominale (fegato, vescica, milza, cistifellea, intestino, ecc.). Fa però notare come sia assai frequente in questo genere di morte la rottura dell' intestino; l'Autore dice, che in una breve pratica medico-legale nella giurisdizione della Senna potè verificare *quattro* volte rottura dell' intestino in seguito a colpi all'addome. In un caso non vi erano tracce di ecchimosi apprezzabile; la morte insorse dopo 48 ore dal colpo: eravi peritonite generalizzata; l' intestino tenue nella sua ultima porzione presentava una rottura irregolarmente circolare a bordi contusi della dimensione d'un pezzo da 50 centesimi. Nel secondo caso dopo 24 ore dal colpo riportato all'addome, insorse la morte preceduta da dolori spasmodici all'addome; non esistevano tracce di ecchimosi, ma peritonite, con *perforazione circolare* dell'ampiezza del primo caso. Nel terzo caso la morte sopravvenne dopo 2 giorni; nessuna ecchimosi all'esterno: peritonite acutissima, lacerazione dell' ampiezza di una lira all' ileo; nei dintorni della lacerazione si trovava la parete intestinale ecchimosata da cui collo scalpello si fe' uscire una certa quantità di sangue raccolto.

Nel quarto caso la morte insorse dopo 43 ore; alla regione inguinale sinistra si notava una leggiera ecchimosi; esisteva prima un'ernia inguinale su cui fu inferito il colpo; l'intestino tenue nel punto colpito offriva una *lacerazione circolare*; eravi ancora peritonite generale. A questi casi di propria osservazione l'Autore ne aggiunge altri otto desunti da Velpeau, Toulmouche, ecc., che presentarono le stesse alterazioni necroscopiche. Conclude insistendo sulla somma rapidità della morte, in media essendo questa occorsa 46 ore dopo la subita lesione, sulla mancanza di traccia di lesione esterna, dovuta alla somma elasticità della parete addominale; quanto alla contemporanea presenza di un' ernia ed alla conseguente minore responsabilità dell'offensore in questi casi letali, l'Autore ammette esistere questa minor responsabilità, solo quando la violenza siasi esercitata sull' ernia ed abbia quindi sulla parte erniosa dell' intestino determinato la lacerazione.

Delle scottature in relazione alla medicina legale; del dott. Antonio Tarchini Bonfanti. (*Rivista sperimentale di freniatria e medicina legale*, aprile-giugno 1877).

L'Autore studiò principalmente l'effetto del calore raggiante sulla cute umana, dovendo risolvere un quesito propostogli dal Tribunale, se cioè l'abbruciamento di biancheria avesse potuto arrecare scottature sul corpo di un infante giacente in una culla alla distanza di 70 centimetri dalla sorgente calorifica. A quest'uopo egli espose pezzetti di filo, di cotone alla distanza di un metro, di 70 centimetri da una fornace in cui brucciava coke, ma non potè osservare bruciature di sorta in questi; collocò pure alla medesima distanza davanti a questa fornace gambe di un cadavere in parte denudate, in parte coperte di tela; e potè osservare che se la tela e le gambe divenivano assai calde non presentavano mai bruciatura; la gamba aveva assunto una colorazione bruna, con superficie coriacea, ma l'epidermide non era in alcun punto sollevata, senz' alcun' areola intorno a questo punto reso più bruno; la sezione non mostrò nulla di più, tranne l' incipiente fusione dell'adipe; insomma non si ebbe che un principio di cottura. Ciò malgrado, l' Autore riflettendo che la epidermide risentì l'azione del fuoco, che nel vivo questa deve manifestarsi in modo più energico, che non si poteva precisare la giacitura dell'infante, l'estensione della parte coperta o scoperta di esso, ammise che non si poteva negare la possibilità che le bruciature riscontrate nell' infante si dovessero al calore irradiato dall' indicato ammasso di biancherie in fiamme.

Suicidio per ferita al cuore mediante un pezzo di vetro; del dottor Sander. (*Viert. für gerichtl. Med.*, luglio 1877, e *Rivista sperim.*, 1877, num. 2).

Un giovane di 24 anni, scrivano, discendente da famiglia in cui esistettero alienati, ammogliato, fu accolto alla Charité di Berlino in preda a mania furibonda. Prima però di divenir maniaco aveva ripetutamente dichiarato di voler porre fine ai suoi giorni. Dopo 9 giorni di degenza

al Manicomio abbastanza tranquillo, rompe i vetri della finestra e lo si sorprende, mentre con un pezzo di vetro si feriva il petto, gridando di lasciarlo fare. Estratto il vetro confittosi nel petto, fluì gran quantità di sangue ed il malato fatti alcuni passi, spirò. Alla sezione si riscontrarono tracce di meningite cronica, idrocefalo interno; al petto, al bordo inferiore della 5ª costa 4 1[2 centim. dalla linea mediana si trova sulla cute una soluzione di continuità lunga 2 1[2 centim., larga 3[4 di centim., si vede in corrispondenza a questa traforata la 5ª e 6ª costa. Il pericardio è forato a sinistra per la lunghezza di 2 centimetri, un centimetro al disopra del diaframma; alla sua parte sinistra e 2 1[2 centimetri dalla punta si trova una ferita a bordi irregolari lunga circa 2 1[2 centimetri, ampia 1 1[2 centimetri. La ferita penetra all'interno, ma serratesi le fibre muscolari non si vede apertura all'interno del cuore. Infatti l'esame più minuto venne a dimostrare che le trabecole del cuore si erano scostate semplicemente, avendo lasciato uno spazio per cui penetrò il frammento di vetro, il quale a forma triangolare era appuntito lungo centimetri 19 1[2 e largo centimetri 4,3 alla sua base, dello spessore di 2 millimetri.

Questo fatto è abbastanza importante tanto dal lato della traumatologia forense, quanto dal punto di vista psichiatrico, perchè mostra con quanta facilità si possono produrre lesioni letali, e con quanta astuzia ed ostinazione chi vuol suicidarsi provvede ai mezzi che possono metter ad effetto il triste proposito.

Sopra l'avvelenamento per gas illuminante e sull'avvelenamento per ossido di carbonio; del dott. Wesch. (*Viertelj. für gerichtl. Medizin.*, vol. XXVI, 1876).

Il dott. Wesch dà notizia di alcuni effetti tossici del gas illuminante, cioè di 5 uomini, i quali ammalarono e di 2 altri che morirono per inalazione di gas illuminante sprigionato dalla rottura di un tubo sepolto per circa metri 1,7. Il gas era nelle camere penetrato traversando il terreno assai poroso.

L'Autore dimostrò sperimentalmente come malgrado l'intensa qualità di CO, quando l'animale sia stato esposto all'aria per 15 minuti al più allo esame spettroscopico del sangue non sia più riconoscibile la presenza dell'ossido di carbonio. Oltre che sperimentalmente, ciò dimostrò praticamente, avendo osservato nessuna traccia di ossido di carbonio nel sangue di un tale che quasi avvelenato da questo gaz era stato per due ore esposto all'aria. L'Autore poi dimostra come i fenomeni cadaverici dell'avvelenamento per Co^2 differiscano dar quelli per Co. I fenomeni tossici in questo ultimo caso occorrono con maggiore rapidità che nel primo. Giammai egli avrebbe osservato nell'avvelenamento per CO la paralisi delle estremità inferiori descritte da Hünefeld. Coll'assunzione del CO^2 gli animali muoiono senza convulsioni, mentre morirebbero con vivissime convulsioni per CO; i polmoni degli animali avvelenati per Co^2 sono edematosi, ingrossati, rosso pallidi ed anche azzurrognoli. Il

cuore ed i vasi sono riempiti di sangue oscuro e coagulato. Invece per avvelenamento per CO i polmoni afflosciscono, il sangue è rutilante; allo spettroscopio si hanno le reazioni proprie del Co, mentre invece nell' intossicazione per Co^2 il sangue allo spettroscopio non presenta alcune reazioni particolari.

Il Relatore però, registrando queste osservazioni, aggiunge le sue riserve circa la frequenza ed il carattere dei reperti necroscopici nei due casi considerati.

Morte improvvisa sospetta; del dott. ZUGGL. (*Friedreich's Blätter für gerichtl. med.*, XVI Jahrgang).

Questo fatto non ha altra importanza che quella di dimostrare come morti improvvise affatto spontanee possono assumere il carattere di morti violenti. Un pessimo soggetto, accattabrighe (Raufbold) muore all' improvviso dopo aver emesso pella bocca una gran quantità di sangue. La diagnosi fatta di *tisi polmonare* in soggetto d'apparenze robuste non soddisfece al magistrato, il quale ordinò l' autopsia giudiziaria. Questa dimostrò la esistenza di un ascesso al didietro della biforcazione della trachea, che erasi aperto la strada attraverso l'esofago. Nella laringe si trovò massa considerevole di sangue e di pus. L' individuo aveva già da alcun tempo sofferto di sifilide secondaria. L' Autore crede che l' infezione sifilitica sia stata la causa della suppurazione delle ghiandole bronchiali, da cui il processo letale prese il suo punto di partenza.

Sul rosso visivo (Sehroth) e sull' optografia; dei professori BOLL, KÜHNE. SCHENK, ADLER, JAEGER, ecc. (*Centralblatt für med Wiss.*, 1877).

Deve esser noto ai nostri lettori che il prof. Boll nel febbraio passato annunciò all' Accademia delle scienze di Berlino ed a quella dei Lincei di Roma una sua scoperta sulla fisiologia della retina. Egli trovò che nella gran parte degli animali la retina nel suo fondo è rossa in grazia di una sostanza colorante detta da lui primamente *porpora visiva* (Sehpurpur), quindi *rosso visivo o retinico* (Sehroth); questa sostanza si smunge e si distrugge sotto l'effetto della luce, mentre tolta o scemata questa, si riproduce. Il prof. Boll avrebbe pure osservato parecchi stadj in queste modificazioni di colore della retina. Nel 1° stadio, appena l'occhio fu tolto da un ambiente oscuro, la retina è rossa, tanto da simulare un coagulo sanguigno; nel 2° stadio scompare questa colorazione rossa e per circa 30-60 secondi mantiensi del colore del vaso; nel 3° stadio la retina diventa trasparente e si mantiene tale per circa un quarto d'ora; nell'ultimo stadio finalmente la retina perduta ogni trasparenza, diventa torbida. Dimostrava pure il prof. Boll come queste differenze di colore si dovessero ad alterazioni microscopiche dei bastoncini; l'ultimo stadio però avrebbe la sua causa nella coagulazione delle sostanze albuminoidi che si trovano negli strati della retina. Concludeva pure ad una tesi assai importante pella medicina legale, cioè che questa colorazione rossa esiste solo durante la vita, e permane pochissimi istanti dopo la morte; e che all'ottalmoscopo un mammifero esaminato al-

l'istante della morte, presenta un improvviso impallidimento del fondo dell'occhio, e *che forse su questo fatto potrebbe fondarsi un metodo vantaggioso alla medicina legale per istabilire la diagnosi della morte reale.*

Annunciata la scoperta di Boll, il prof. Kühne di Heidelberg cercò di farne subito un' applicazione pratica; studiò cioè la possibilità di poter riconoscere fissata sul fondo retinico l' imagine dell'oggetto fissato da un animale dianzi tenuto all'oscuro, prevedendo che quest' imagine come conseguente ad una irradiazione e quindi ad un disperdimento della porpora visiva doveva esser bianca e corrispondente alla posizione relativa dell'oggetto fissato cogli assi oculari. Egli quindi intraprese le sue sperienze su conigli albini, i quali furono tenuti all'oscuro e quindi costretti a fissare una finestra in cui vi era luce assai viva; dopo dieci minuti tagliò a questi la testa, immerse il globo oculare mantenuto all' oscuro in una soluzione di allume e potè riscontrare nel fondo dell'occhio l'imagine della finestra stata dall'animale fissata negli ultimi istanti di sua vita. Egli chiamò *optografia* questo mezzo di aver le imagini ed *ottogramma* l' imagine retinica. Successivi esperimenti dello stesso Kühne, di Helfreich, Schenk, ecc. ecc., dimostrarono la possibilità di ottenere sul fondo dell'occhio questa specie di imagine fotografica dell'ultimo oggetto osservato. Naturalmente taluno precorrendo un po' troppo rapidamente le applicazioni pratiche di questo fatto scientifico volle addirittura cavarne delle conseguenze pratiche in servigio della medicina legale; si volle vedere infatti qui un mezzo eccellente per poter riconoscere dall'esame del fondo dell' occhio dell' individuo morto l' ultimo oggetto fissato, quindi anche il ritratto dell'assassino, ecc. ecc. Per ora dobbiamo limitarci alla esposizione del fatto scientifico, il quale, se ha in sè i germi di qualche applicazione, *per ora* deve esser considerato nel campo medico-legale di una utilità affatto relativa.

Solo notiamo qui, come schiarimento storico, che già fin dal 1869 il dott. Bourrion in Francia annunciò di avere ottenuto dal fondo dell'occhio di una donna l' imagine d'un giovane imberbe, la testa ed il collo d'un cane, mediante la fotografia del fondo istesso. La Società medico-psicologico di Parigi se ne occupava nella seduta del 21 gennaio 1869 nominando una commissione che studiasse quanto vi era di nero nella scoperta del dott. Bourrion. Ma tranne qualche articolo di giornale politico, non si ebbe fino all'anno scorso alcun sentore di quest' argomento. (Vedi Tamassia, *Sull'optografia* « Rivista sperimentale di freniatria e Med. legale » anno III, fasc. 1°).

Sulle ecchimosi sottopleuriche, e pericardiche; del dottor Pénard. (*Ann. d'Hyg.*, aprile 1877).

È noto come Casper prima e poscia Tardieu avessero richiamato l'osservazione sulla presenza di piccole ecchimosi sottopleuriche nelle morti per soffocazione. È pur noto come Tardieu abbia più d'ogni altro insistito nel voler ritenere queste ecchimosi come patognomoniche della

morte per soffocazione; ma deve esser pur noto come gli studj successivi di Liman e di molti altri abbiano dimostrato la insussistenza di questo fatto, avendo riscontrato dietro esame più accurato esistere le ecchimosi sottopleuriche in molti altri generi di morte, mancare invece nella morte per soffocazione. Ora il dott. Pénard dai suoi studj pratici viene a confermare questa conclusione, e quindi a ridurre al suo giusto valore tale reperto cadaverico. Due sue osservazioni dimostrano che al principio del travaglio, quando vi ha arresto di circolazione che induca la morte del feto, i polmoni, il cuore, il timo, il tessuto cellulare sottocutaneo talora sono la sede di macchie ecchimotiche assolutamente simili a quelle che risultano dalla morte per soffocazione. L'arresto della circolazione era dovuto in un caso ad una rigidità del collo, nell'altro ad una procidenza del cordone in una presentazione delle natiche. Dodici altre osservazioni dell'Autore dimostrano che quando l'arresto della circolazione induce la morte del feto durante l'ultimo periodo del travaglio, o qualche istante dopo la nascita, i polmoni, il pericardio, il timo sono la sede di macchie ecchimotiche analoghe a quelle che risultano dalla morte per soffocazione. Finalmente due altre osservazioni dell' Autore dimostrano che in infanti morti alcune ore ad alcuni giorni dopo la nascita in seguito alla lunga difficoltà del parto, i polmoni, quantunque completamente penetrati dall'aria, sono come il pericardio ed il timo, sede di macchie ecchimotiche analoghe a quelle che risultano pella morte da soffocazione.

Onde l'Autore conclude:

1.° Le ecchimosi si riscontrano tanto negli infanti morti in seguito all'arresto della circolazione, quanto in infanti morti per soffocazione.

2.° I casi in cui si riscontrano queste ecchimosi su feti morti prima della nascita, non sono sì eccezionali come sembra credere Tardieu.

3.° In infanti morti alcuni giorni od alcune ore dopo la nascita, pel solo fatto delle condizioni in cui sonosi trovati durante il travaglio si possono riscontrare con polmoni riempiti completamente d'aria macchie ecchimotiche sui polmoni stessi, sul pericardio, sul timo.

L'affare di Penge. Nota del prof. A TAMASSIA. (*Riv. sper. di fren. e medicina legale*, fasc. IV, anno III, 1877).

I giornali medici e non medici d' Inghilterra son pieni da alcuni giorni di articoli, di discussioni vivissime su questo affare di Penge; e a nostro amaro sconforto, in questa lotta la medicina legale proprio non ci fa la miglior figura. Ma il fatto è per sè gravissimo; le indagini mediche compite con la massima noncuranza o leggerezza hanno dato luogo a conclusioni sì contradditorie, che può trovarsi più che giustificato il cicaleccio che quest'affare ha destato. Ecco di che si tratta. Certo Louis Adolphus Staunton di Penge, nella contea di Kent, vuol liberarsi di sua moglie, Enrichetta Richardson, per unirsi ad una sua amante e cugina. A quest'uopo affida ai proprj parenti la moglie, provvedendo al vitto ed all'alloggio di questa e del suo figlio con venti scellini (25 franchi) set-

timanali e si dà completamente in braccio all'amante. I parenti confinano la povera donna in un' alcova senz'aria e senza luce, le negono vesti e per tutto cibo le concedono un tozzo di pane ammuffito. Finalmente questa povera vittima immersa nei sudiciume, ischeletrita, muore. Sua madre denuncia all'Autorità i colpevoli, che ritenuti rei d'aver fatto morire di fame (starvation) la defunta, son condannati a morte coi complici loro. Ma fu durante il processo che il pubblico si eccitò e si divise: periti dell'accusa sostenevano che Enrichetta Staunton fosse morta di inanizione; periti della difesa all'incontro sostennero invece esser questa morta per meningite tubercolare, o pelle conseguenze di una paralisi progressiva.

Unico fondamento ad ogni discussione era il protocollo della sezione giudiziaria instituita dai periti fiscali. Davanti a sì grande dissonanza di pareri non solo il pubblico profano, ma ancora il pubblico medico, mercè i giornali scientifici, cominciò un' accanita battaglia di accuse, di commenti più a meno ingegnosi del famoso protocollo di sezione. Noi abbiamo sott'occhio questa polemica abbastanza interessante, ma non crediamo valga la pena di riassumerla; basti dire che il *British medical Journal*, e la *Lancet*, i due più riputati giornali medici inglesi, furono i portavoce di accuse reciproche, il primo compiacendosi della sentenza del tribunale, il secondo invece organizzando una petizione in favore degli imputati *ingiustamente condannati*. Alla fine, malgrado fosse stata pubblicata la sentenza, i dottori Greenfield e Payne consigliarono di chiedere su questa sentenza l'arbitrato del sommo Virchow. Il quale nel N. 44 della *Berliner Kinische Wochenschrift*, inserì la sua risposta. Comincia in questa col dichiarare che questo processo dovrà richiamare l'attenzione dello Stato circa il modo con cui si istituisce le sezioni giudiziarie, e col compiacersi colla Germania che prescrive una determinata tecnica in queste ricerche. Analizza quindi il famigerato protocollo di sezione, che qui riassumiamo dal *British med. Journal* (6 oct. 1877):

Cadavere di donna nel massimo deperimento del peso di 74 libbre inglesi; nessuna lesione all'esterno del capo « levando la callottola del cranio si trovarono adesioni tra questa e la dura madre e l' aracnoide o membrana fibrosa che avvolge il cervello, e tra questa e la pia madre si mostra l'esistenza di una *preceduta infiammazione;* ma non esistevano tracce di una *recente* infiammazione, come linfa o effusione nei ventricoli cerebrali. Sulla pia madre si trovarono alcuni ammassi migliariformi probabilmente di natura tubercolare ».

Nessun'altra lesione degna di nota, tranne una piccola isola di 1 1[2 a 2 pollici quadrato *contenente deposito tubercolare grigio* ed *epatizzato.*

Dal protocollo risulta ancora che nè l'esofago, nè la laringe, nè la trachea vennero esaminati.

Ma non deve credersi che tutti i periti concordassero nell'ammettere

questo reperto; giacchè un terzo perito, pur presente alla sezione, riferì che non *esistevano* punto aderenze tra la dura madre ed il cranio, e tra questa e la pia!

Virchow fa notare come questa incoerenza di dettato si debba al cattivo metodo di sezione, e come si debba dubitare della scienza di periti che davanti ad un medesimo fatto diedero descrizione sì contradditorie. Fa pure notare come dalla incertezza di tale descrizione non possa argomentarsi se i pretesi *nodi tubercolari* altro non fossero che ghiandole di Pacchioni o papille aracnoideali (arachnoideale Warzen).

Quanto alla presenza delle masse tubercolari ed epatizzate nel polmone, Virchow dimostra come gli stessi periti ignorassero il linguaggio tecnico della scienza, e che se pur esistevano questi punti tubercolari ed epatizzati, dovevano ritenersi inattivi. Circa l'ipotesi messa innanzi da un perito della difesa, esser la paziente morta di paralisi progressiva, egli non può nè negarlo, nè approvarlo, nulla di obbiettivo circa questo punto avendo offerto il protocollo di sezione; onde in mancanza di ogni altro criterio, si apre la possibilità che la donna sia morta di fame. Ma davanti a tutte le incertezze accennate, Virchow si astiene da ogni giudizio, riassumendosi nelle parole: *non liquet.* E suggella il suo arbitrato con queste parole severissime, che vorremmo fossero ricordate anche in Italia. « Possa questo mio giudizio in qualche modo contribuire anche al di là della Manica a rischiarare le idee, e ad apportare nella pratica forense corredo di dottrina, ordine, fedeltà, sapiente riservatezza! » — Circostanza non certo di discolpa pei periti inglesi, ma di attenuazione può però ritrovarsi nell'indegna rimunerazione che la legge inglese accorda ai periti. Basti leggere le parole seguenti che traduciamo letteralmente da un articolo della direzione del *British medical Journal*, 20 oct. 1877, intitolato: « Post mortem inspections for coroners'inquestes ». (Necroscopie medico-legali). « Noi non esitiamo a dire che la generalità dei medici d'Inghilterra è posta in una condizione assai sfavorevole di fronte ai doveri che la legge esige da loro. In virtù della legge sulle perizie mediche (*Medical Witness Act*) essi sono obbligati dal giudice inquirente (coroner) a fare la sezione giudiziaria d'un cadavere, ricevendone tale rimunerazione che non li compensa della perdita del tempo e della noja cui sono chiamati. Essi in virtù della legge non possono rifiutarvisi, sotto pena dell'ammenda di cinque sterline. Nessuna meraviglia quindi se queste operazioni son fatte in modo imperfetto e frettoloso ».

I colleghi d'Inghilterra quindi possono su quest'argomento dar la mano ai colleghi d'Italia, i quali per quante rimostranze abbiano presentato, son pagati ancora dal fisco come semplici operaj, con quanto decoro e vantaggio della scienza è facile imaginare.

Nuovo metodo per iscoprire il sangue nelle macchie sospette di Cazeneuve. (*Compt. rendus de l'Acad. des sciences,* marzo 1877).

Questo metodo consiste nell'osservare le mutazioni indotte nel liquido

sospetto riscaldato dall' idrosolfato di soda. Il liquido sospetto cui siensi aggiunte alcune goccie di acqua distillata ed un po' di ammoniaca, se contiene sangue lascia scorgere all'esame spettroscopio la solita stria dell'ematina alcalina e la colorazione dicroitica ordinaria; ma se vi si aggiunge un po' di idrosolfato di soda, istantaneamente dispone la tinta dicroitica ed è rimpiazzata da una colorazione rosso-carmino, la quale assomiglia assai a quella dell'ossiemoglobina. Con altro liquido che non sia sangue, tale reazione non si attiene.

Altro metodo per iscoprire traccie di sangue; di Husson. (*Jour. de Pharm.*, tomo 22, p. 320).

È basato questo metodo sulla reazione del iodio sull' emoglobina, la quale per questo reagente si divide in *ematina* e *globulina;* si può quindi al microscopio assistere alla formazione di cristalli di *jodemina* e di *jodidrato* di *ematina*. Per ottener ciò, basta aggiungere al sangue che già deve contenere del iodio una goccia di acido acetico, e riscaldare il portoggetti Questo metodo può raccomandarsi specialmente quando trattasi di macchie di sangue in cui non si può riscontrare traccia di globuli. Però i cristalli di *jodemina* son comuni a tutti i generi di sangue.

Pulci viventi nei vestiti d'un annegato; del dottor Reuboldt di Würzburg. (*Viert. für gerichtl. Med. Neue Folge*, XXVI, p. 393).

Si volle da periti indurre che il cadavere d'una donna annegata non era rimasto che una mezza ora al più nell'acqua, perchè gli abiti della donna annegata avevano delle pulci ancora in vita; Reuboldt però volle verificare mercè alcuni esperimenti, se fosse vero che questi insetti non sopravvivessero che un mezzo minuto, od un minuto al più ad un' immersione. Egli trovò che questa opinione non aveva fondamento. All' inverso delle mosche, dei bruchi, dei ragni, le pulci resistono assai bene ad una sommersione prolungata. Dopo esser state immerse 10 ore nell'acqua, malgrado questa relativa privazione d'aria sì protratta, si veggono rianimarsi appena sono estratte e seccate. La conclusione quindi fu che la presenza di questi insetti vivi sul corpo di un annegato non può servire a nulla nel valutare la durata del suo soggiorno nell'acqua.

II.

Identità.

Il colore dei capelli nelle questioni di identità; dei professori Bellini e Filippi.

Il Relatore dal 1.° volume della *Biblioteca Medico-Legale* dei professori Bellini e Filippi in cui, si riassume con somma diligenza ed imparzialità lo stato attuale della scienza medico-legale, dà un sunto di un brano relativo al colore dei capelli che dedotto da sperimenti originali viene smuovere uno dei tanti dogmi della scuola di Orfila.

I trattatisti di medicina legale consigliano di ricorrere alla chimica

per iscoprire la frode di colorazione artificiale ai capelli, barba, ecc., e suggeriscono le soluzioni acide per togliere il colore che assunsero per l'azione dei sali di piombo, rame, argento, bismuto; ma per quante esperienze sien state fatte dagli Autori, non si potè mai da essi ottenere che i capelli, od i peli ritornassero al loro colore primitivo, e ciò anche tenendo le ciocche per molto tempo in soluzioni acide. — Così quando la colorazione è prodotta dal nitrato d'argento solo od ammoniacale, o da quello unito all'acido tannico o gallico, viene consigliato di adoperare la soluzione di cianuro di potassio e quella di un iposolfito alcalino per far tornare al primitivo colore i capelli od i peli; ma anche qui dimostrarono le esperienze degli Autori che questi due reattivi mentre decolorano i capelli tinti del nitrato d'argento ammoniacale riescono senza effetto quando la colorazione è prodotta dal nitrato d'argento condotto allo stato di solfuro dal gas HS, ed a mala pena li decolorava, quando furono usati il nitrato d'argento e l'acido gallico o tannico.

I capelli ed i peli resi biondi dai cosmetici che constano di acidi o d'acqua ossigenata (*eau blonde — avricomus — acqua inglese*, ecc.), non si poterono mai dagli Autori ricondurre al loro colore primitivo, per cui, come si vede, la chimica porge al perito un debole ajuto in queste ricerche. — Perciò gli Autori ricorsero all'osservazione microscopica, trattando i capelli tinti e quelli di confronto colla semplice glicerina e vennero con questo mezzo alle seguenti conclusioni:

1.° Le ciocche di capelli e di peli *naturalmente bianco-argentei* che erano stati tinti a bruno col nitrato acido di bismuto e solfidrato d'ammoniaca offrivano colorazione quasi naturale; ma esaminato più sottilmente offrivano al microscopio la particolarità d'avere i contorni delle cellule epiteliali formanti la pellicola esterna, così nettamente coloriti in nero, da mostrare una elegantissima sagrinatura, valevole a fare riconoscere l'esatto imbricamento di ciascuna delle cellule rettangolari e quadrilatere che formano quell'involucro. È siffatto coloramento parziale dei contorni delle cellule che visto ad occhio nudo fa prendere alla ciocca dei capelli quel colorito grigio-cupo, pell'impedimento che porta alla penetrazione dei raggi luminosi attraverso la sostanza fibrosa del pelo.

2.° Le ciocche dei capelli e dei peli bianchi che avevano subito il trattamento col nitrato d'argento ammoniacale si offrivano di colore castagno chiaro interpolate da alcune strie di colore bianco-grigio. Al microscopio si mostrarono di colore avana chiaro colle stesse sagrinature descritte.

3.° Le ciocche di capelli e di peli *naturalmente rossi* trattate col nitrato d'argento ammoniacale e solfidrato di ammoniaca, al tatto si mostravano liscie, morbide, lucenti ed uniformemente colorate. I pezzetti dei capelli e dei peli naturali sottoposti al microscopio erano trasparenti e mostravano distinta la sostanza midollare, la fibrosa, e la

pellicola esterna; mentre i pezzetti del capello artificialmente colorati comparvero assolutamente opachi, senza lasciar passare alcun raggio di luce neppure attraverso la sostanza corticale.

4.° Le ciocche di capelli e di peli *naturalmente bianchi* trattate col nitrato d'argento e solfidrato di ammoniaca si offrivano ruvide al tatto, ed avevano perduto la loro lucentezza ed apparivano di un colore nero. Un pezzo di capello e di pelo tinto in questo modo si mostrava di colore marrone cupo, con visibili sagrinature per il coloramento dei contorni delle cellule epiteliali, attraverso le quali era però sempre visibile il canale midollare, tratto tratto occupato dalla sostanza pigmentaria.

5.° Le ciocche di capelli e di peli *naturalmente grigi* furono tinte in nero col piombato di calce, il quale fece assumere ai medesimi un colore rossastro misto a chiazze grige, avevano perduta la loro lucentezza e la loro elasticità. Al microscopio davano un colore marrone assai intenso, ma disunito là ove la tintura nera era penetrata nella sostanza fibrosa corticale; talchè all'occhio si vedeva una variegazione assai caratteristica per la alternativa dei punti colorati e di quelli incolori.

6.° Le ciocche dei capelli e peli *bianco argentei* trattate col nitrato d'argento ammoniacale e con un miscuglio di acido tannico e gallico all'occhio nudo si offrivano di un colore verde bruno non splendente: al microscopio dettero bellissimo colore violetto.

7.° Le ciocche di capelli e di peli *bianco grigie* trattate coll'acetato di piombo e solfidrato d'ammoniaca, ruvide al tatto, al microscopio si offrirono di colore avana chiaro nella parte fibrosa corticale, con le cellule della pellicola esterna colorate nei loro contorni in oscuro.

8.° Capelli e pèli *naturalmente castagno cupi* tenuti in una soluzione satura di cloro per 72 ore, si fecero al tatto ruvidi, con tinta disuguale per sfumatore biondo-chiare. — Al microscopio avevano color avana chiaro, con contorni assai colorati delle cellule della cuticola esterna.

9.° Capelli e peli *naturalmente neri* trattati con *Auricomus*, detto anche *acqua d'oro* si mostrarono morbidi, lisci, lucenti, di colore uniforme. Messi a confronto con pezzi di capelli normali lasciarono intravedere scoperta la parte fibrosa corticale, come se fosse sparita la cuticola esterna.

10.° Capelli e peli *naturalmente castagni* trattati coll'*acqua bionda*, conservarono la loro lucentezza ed avevano assunto una colorazione bionda. Al microscopio davano per rifrazione un colore avana chiaro e si mostravano quasi denudati della cuticola esterna, ed erano diventati fragilissimi. Resta ancora il quesito se capelli o peli naturalmente neri possono artificialmente essere portati al color bianco. Questo si ammise da tutti gli scrittori di medicina legale, soggiungendo che potevasi ciò ottenere col cloro o coll'acqua di cloro. — Ma le esperienze degli Au-

tori e del signor Agnolesi dimostrarono che questo non è possibile, neppure dopo una prolungata immersione. Solo osservarono questi che i capelli neri trattati col cloro o coll'acqua di cloro divenivano tutt'al più castagni o biondi, ma però a chiazze irregolari, che avrebbero resa impossibile questa simulazione. D'altra parte vi ha l'obbiezione di un piccolo valore, quella cioè che siffatta decolorazione solo si consegue con il cloro o con i suoi preparati che sono estremamente irritanti e che quindi non possono che con sommo pericolo dell'individuo essere tollerati.

III.

Venere forense.

Durata media della gravidanza. (*British Med. Journal*, 27 october 1877).

Secondo il dott. Stadfeldt di Copenaghen che pubblicò su questo argomento uno studio assai interessante, la durata media della gravidanza (65 casi) fu di 271,8 giorni, avendosi avuto l' oscillazione tra 250 e 293 giorni.

Contribuzione all'istologia dello sperma umano con alcune considerazioni circa la mancanza dei filamenti spermatici; del dott. Antonio Schlemmer. (*Vie-t. für gerichtl. Med.*, october 1877).

È noto come Casper prima, quindi Liman avessero osservato individui i quali, malgrado la loro robustezza, non avevano nemaspermi nel loro sperma, ed altri i quali, pur avendone avuto, più tardi o non ne presentarono più o in proporzioni piccolissime.

Il dottor Schlemmer studiò dei numerosi casi fin dove questa asserzione potesse accogliersi: si procurò quindi sperma di individui vivi, di individui colpiti da morte violenta, di individui morti per differenti malattie spontanee.

Come componenti dello sperma normale nella prima serie di individui esaminati, l'Autore riscontrò:

1.° Nemaspermi.

2.° Elementi globulari con molte granulazioni, simili assai ai globuli bianchi.

3.° Corpuscoli tondeggianti più piccoli 18-24 μ, con granulazioni.

4.° Corpuscoli globosi che secondo la loro grossezza hanno uno, due o tre nuclei: si distinguono dai precedenti pel numero limitato di nuclei, pella loro grandezza e son considerati dall'Autore come forme rappresentanti stadj ulteriori degli elementi sopradescritti.

5.° Epitelj di forme differenti.

6.° Piccole granulazioni simili alle cellule adipose, a contorni assai chiari, risultanti da un ammasso di alcuni nuclei.

Riscontrava su 156 casi esaminati sempre la presenza dello sperma, donde trasse le seguenti conclusioni:

1.° Lo sperma normale può occorrere in tutte le età.

2.° Che dalla circostanza che un individuo soffrì di una malattia generale o locale nulla si può inferire circa i caratteri dello sperma.

Circa poi la diminuzione della quantità dei filamenti spermatici, da numerosi casi esaminati, l'Autore dedusse provenire:

1.° Da un attivo e perdurante abuso.

2.° Dal frequente ripetersi dell'atto del coito.

3.° Da gravi malattie che inducono esaurimento.

Può però in queste stesse condizioni, oltre ad una diminuzione del numero dei nemaspermi osservarsi una vera alterazione nella composizione dello sperma:

1.° Colla mancanza dei nemaspermi.

2.° Coll'alterazione nella struttura dei componenti accessorj dello sperma.

3.° Coll'aggiungersi materiali estranei allo sperma.

Studiando poi individui compresi nella 2.ª e 3.ª serie (morti improvvisamente e di malattia) l'Autore venne alle seguenti conclusioni:

1.° Sia per un trauma o per una gonorrea può la secrezione spermatica esser così offesa, da cessare.

2.° L'anomala secrezione dello sperma può esser congenita.

3.° Alla mancanza dei nemaspermi si aggiunge generalmente un cambiamento di consistenza nello sperma.

4.° Possono occorrere nemaspermi anche quando la maggior parte del testicolo è alterata o distrutta.

5.° Sotto certe condizioni lo sperma a causa del pigmento che in esso si contiene può acquistare una colorazione giallognola e in questo caso si può con sicurezza indurre ad un' alterazione quantitativa degli elementi dello sperma: ciò può dipendere da degenerazione grassa degli elementi stessi.

Di alcuni vizj di conformazione dell' imene nei loro rapporti colla medicina legale; del dott. E. Delens. (*Ann. d'Hyg.* 2.ᵉ serie, vol. 47.°, pag. 493).

L'Autore segnala in questa nota due vizj di conformazione di imene, rare ma importanti a conoscere. Trattasi di due casi di imene *biperforato*, anomalia di cui Tardieu mise in dubbio la realtà e d'un imene ad orificio talmente stretto che equivaleva quasi ad un' imperforazione cioè, in una ragazza di 15 anni già usa al coito, Delens ha constatato l'esistenza d'un imene spesso, resistente ed avente al suo centro un orificio di un millimetro di diametro. È evidente che qui la deflorazione nelle condizioni ordinarie è resa impossibile e che dall' assenza di lacerazioni non sarà permesso di concludere che non sieno stati esercitate violenze e sforzi ripetuti. — Quanto ai due esempj di imene biperforato, l'uno fu riscontrato in una giovanetta di 11 anni, l' altro in una giovanetta già arrivata alla pubertà. Nel 1.° caso l' imene presentava due fori non aventi più di due millimetri di diametri e separati

l'uno dall'altro da una linguetta di 3-4 millimetri in tutto simile per aspetto e per consistenza al reste della membrana. Questa linguetta si continuava in alto col tubercolo sotto-uretrale. Nell' altra giovane già usa al coito, i due orificj dell'imene erano ovali col grande diametro nella direzione della fessura vulvare: erano separati l'uno dall'altro in una linguetta di 4-5 millimetri che si continuava in alto col tubercolo sotto-uretrale ed offriva la morbidezza e la colorazione rosea dell'imene. Il grande diametro di ciascuno di questi orifizj, era di 7, 8 millimetri ed il piccolo 4, 5 millimetri. Questi due orifizj erano perfettamente simmetrici: i loro bordi erano leggermente arricciati, ma senza lacerazione. Cornil che praticò la escisione della linguetta mediana, l' ha trovata costituita da una parte centrale fibro-vascolare ricoperta da uua mucosa con papille rudimentali e d' epitelio normale. Anche in questo caso mancava ogni segno di deflorazione.

Imputazione di stupro mercè il cloroformio. (*The British. med. journal*, 17 nov. 1877).

È un caso importante non tanto pel genere della imputazione, quanto pella prova che viene ad offrire della vivezza delle allucinazioni cui può arrecare il cloroformio. Una signora si era recata da un dentista di Northampton, onde farsi estrarre un dente. Quegli le amministrò il cloroformio, ma quando l'anestesia era quasi raggiunta, la malata volle andarsene, dicendo che mentre essa *non poteva parlare, ma aveva piena coscienza*, erasi dal dentista attentato al di lei pudore. Dessa quindi col marito cui riferì il preteso attentato sporse querela davanti ai tribunali contro il dentista. Il quale provò come la cloroformizzazione era stata, tranne un brevissimo istante, fatta in presenza d' altri e sempre a porte aperte, ed aggiunse a sua ulteriore discolpa tale accusa provenire probabilmente da allucinazione prodotta dalla cloroformizzazione. — Il dott. Richardson uno dei periti confermò questa ipotesi, adducendo che la anestesia completa col cloroformio si ottiene dopo tre stadj: nel 1.° la coscienza è ancor desta, e vi predominano la resistenza del paziente ed il desiderio dell' aria; nel 2.° la coscienza è perduta, ma l'anestesia non è raggiunta, tanto da poter passare all' operazione; nel 3.° l'anestesia completa si aggiunge alla mancanza di sensi e dopo breve istante si ha rilasciamento delle membra; in allora è il tempo opportuno pell'operazione. Il perito opinò che la querelante versasse nel 2.° periodo dell'anestesia, e riferì gran numero di casi di allucinazioni e delirj da lui osservati in questo periodo; anzi secondo lui questo disordine psichico transitorio costituiva l' obiezione capitale contro l'uso del cloroformio. Riferiva in appoggio alla sua tesi il caso poco dissimile dal presente, di una signorina la quale cloroformizzata in presenza dei proprj genitori, si credette pur essa vittima d'un attentato al pudore, per parte del dentista: ricorse ai tribunali, e malgrado l'assoluzione di questo, rimase essa per tutta la vita nella piena con-

vinzione della realtà dell' attentato, tanto potente era stata l' allucinazione.

Il tribunale sentiti altri periti, assolse il dentista.

IV.

Biotanatologia dei neonati.

Sopra un caso di dubbio infanticidio; del prof. Hecker. (*Friedreich's Blätte für gerichtl. Med.* Heft. 5, 1877).

Abbiamo già dal lavoro di Hofmann sui fenomeni cadaverici veduto come alla diminuzione del volume del polmone sia dei neonati, sia degli adulti conspiri non solo il trassudamento del sangue dal parenchima di questi organi entro le cavità pleuriche, ma ancora l' elasticità assai grande del tessuto polmonare pella quale, il polmone già disteso dall'aria per respirazione, oppure fortemente sfiancato per inspirazioni violenti (asfissia) può restringersi d' assai ed anche nei casi di infanticidio può indurre un *relativo* stato fetale. Quest' osservazione che ha un'importanza (limitata però) nella dottrina dell' infanticidio era già stata fatta primitivamente da Schröder. Hecker con il caso che noi riassumiamo la conferma.

Trattasi di un infante nato dopo otto mesi di vita intrauterina, il quale dopo 28 ore di *respirazione incompleta* alla sezione offerse i suoi polmoni vuoti d'aria. Hecker spiega questo fatto ammettendo che sulla grande elasticità del tessuto polmonare l' aria penetrata nei rolmoni sulla avvenuta respirazione — per quanto incompleta — sia stata scacciata e siansi così ridotti vuoti d'aria i polmoni.

Contribuzione alla dottrina dell' infanticidio; pel dott. Alessandro Cuzzi. (*Gazzetta delle Cliniche di Torino*, 1877).

L'Autore studiò le modificazioni determinate dalla respirazione nella cavità media del timpano onde riconfermare le deduzioni di Wendt, Blumenstrek, Wreden, ecc. — Egli giunse alle conclusioni seguenti:

1.° Il turacciolo gelatinoso nella cavità media dell' udito può fare completamente difetto: quando esiste può riempire solo incompletamente la cavità del timpano.

2.° Al posto di detto turacciolo si osserva frequentemente un liquido colorato dall'emoglobina e contenente in sospensione elementi istologici varj (globuli rossi, cellule embrionali, cellule di epitelio vibratile, cellule di epitelio pavimentoso).

3.° La presenza degli elementi del liquido amniotico nell' orecchio medio autorizza solo ad affermare che il feto ha sofferto nella cavità uterina, ma che non è necessariamente morto per asfissia prima di venire alla luce.

4.° La presenza dell'aria della cavità timpanica indica in modo certo che il feto ha respirato, purchè sieno fatte due riserve: cioè si sia sicuri che il feto non venne insufflato e che la putrefazione non sia tanto avvanzata.

5.° La mancanza d'aria nella cassa del timpano non permette di trarre alcuna conclusione, potendo fare difetto anche nei bambini che hanno respirato.

Come vedranno i lettori, il Relatore era pur giunto alle medesime conclusioni nella sua ultima *Rivista di Medicina Legale* di questi *Annali.* Il valore di questa prova affatto secondario è subordinato a troppe condizioni. Lo stesso dott. Cuzzi ripetè pure i lavori sperimentali di Negrier sulla resistenza del funicolo ombelicale — questione che assai spesso nei casi di morte dell'infante per parto precipitoso si mette all'innanzi; e secondo l'Autore si potrebbero formulare i seguenti punti riassuntivi:

1.° La resistenza del funicolo o mbellicale è in media di chilogr. 5,150; ed il limite medio di coesione per ogni metro quadrato è di chilogrammi 0,0075.

2.° Una notevole influenza sulla resistenza del funicolo ombellicale è esercitata dalla disposizione dei vasi: meno importante circa questo proposito sarebbe la quantità della gelatina di Wherton.

3.° La lacerazione del funicolo cade di preferenza in vicinanza dell'inserzione placentare.

4.° L'aspetto della lacerazione è frastagliato ed irregolare.

Il Relatore qui però deve accennare ad un'inesattezza dell'Autore circa la diagnosi pella morte per soffocazione. L'Autore ammette con Tardieu segno patognomonico di questa morte le ecchimosi sotto-pleuriche e sotto-pericardiche. — Ora questo preteso segno diagnostico dopo gli studj di Liman e d'altri ha perduto ogni valore e deve esser messo fra i segni necroscopici secondarj. Queste ecchimosi sottopleuriche occorrono nel cadavere ogni volta che si riscontrarono nella crasi del sangue, nella pressione intravascolare e cardiaca, nella alterazione istologica delle tonache vascolari le condizioni ordinarie dell'emorragia. Onde si trovano in moltissimi generi di morte quali l'attacco epilettico, la pioemia, l'avvelenamento per fosforo e per arsenico, ecc., in cui non havvi alcun rapporto coll'asfissia o colla soffocazione propriamente detta. — Le esperienze recenti di Pénard che riferimmo confermano ancora questa tesi e riducono al nulla il dogma scientifico della scuola di Tardieu. — Anche il prof. Hofmann nel suo recente trattato parlando di queste ecchimosi, toglie loro ogni valore diagnostico esclusivo, scrivendo:

Le accennate ecchimosi sotto-pleuriche non sono in alcun modo proprie di una determinata forma di asfissia: ma possono occorrere in molti generi di asfissia, giacchè le convulsioni specialmente e il ritiramento dei vaso-motori appartengono alla forma tipica della soffocazione e in questi casi solo in via eccezionale non insorgono tali ecchimosi; mentre noi le riscontrammo non solo nelle morti per soffocazione meccanica, ma ancora in quelle morti per soffocazione d'indole interna, ed in quelle che conseguirono ad avvelenamenti apportanti convulsioni. Perciò cade

la dottrina di Tardieu giustamente impugnata da Liman e da altri che queste ecchimosi sotto-pleuriche sieno segno proprio pella morte per soffocazione nel senso ristretto — ossia per occlusione delle vie respiratorie. Contribuiscono infatti a produrle altre circostanze individuali, quali, ad esempio, una certa fragilità e sottigliezza vascolare donde la facilità di trovarle nei neonati e nei vecchi le cui pareti vascolari offrono la minor resistenza. (Hofmann's *Lehrbuch der gerichtlichen Medicin.* Wien 1877, pag. 520-21).

Della docimasia della cavità media dell'udito nelle questioni d'infanticidio; del prof. Ed. Hofmann.

Dal predetto bellissimo trattato di Medicina legale del prof. Ed. Hofmann il Relatore stacca il giudizio dell'Autore (pag. 728) sul valore di questa docimasia, che viene in modo sì autorevole a dar appoggio alle osservazioni di parecchi medici-legali italiani:

Le nostre esperienze ci hanno dimostrato che in infanti che nacquero morti senza aver dato alcun segno di respirazione, la cavità del timpano era completamente riempita da un turacciolo mucoso. Ma però ci si offerse lo stesso reperto in infanti, i quali notoriamente avevano vissuto vita autonoma ed erano poscia morti. Questi reperti si riscontrarono di preferenza in feti non maturi sebbene vitali, i quali non avevano nè lungamente, nè gagliardamente respirato; da ciò pare debba presupporsi all'entrata dell'aria nelle cavità del timpano una certa gagliardia di respirazione, come riconosce lo stesso Wendt. — Però riscontrammo ancora in due infanti maturi, robusti che vennero uccisi dopo la nascita ed *i cui polmoni erano completamente pieni d'aria uno stato assolutamente fetale della cavità del timpano.* — Come regola emerse però che quando l'infante aveva fatto movimenti respiratorj prima o dopo la nascita, anche il turacciolo mucoso della cavità del timpano era più o meno sparito, e che il lume di questa cavità conteneva elementi di quell'ambiente che era stato inspirato, od era penetrato per inghiottimento nel parenchima polmonare. Specialmente in tutti quei casi in cui l'infante era nato vivo ed aveva respirato (fatta eccezione dei due casi accennati) noi potemmo avvertire una certa quantità d'aria nella detta cavità del timpano, la quale era tanto maggiore, tanto più gagliarda e protratta era stata la respirazione. Giungemmo pure a trovare sempre in quei feti che erano morti per « asfissia fetale » nella cavità del timpano quei materiali che in conseguenza di questi movimenti di respirazione precoce penetrarono nel polmone (acqua dell'amnios, meconio, vernix caseosa). Qui però è da osservarsi che non devesi ritenere proveniente dall'esterno ogni liquido che si può riscontrare nella cavità del timpano; giacchè sciogliendosi assai prestamente questi turaccioli mucosi, talune volte in cadaveri non tanto freschi, e costantemente in cadaveri putrefatti si trova la cavità timpanica riempiuta da un liquido siero-sanguigno, che deriva appunto da una dissoluzione colliquativa di questi turaccioli mucosi, e che lascia scorgere al-

l'esame microscopico detriti dei suoi elementi e globuli rossi sanguigni deperiti. Questo liquido può associarsi naturalmente con contenuti straordinarj. Quando penetrò nella cavità del timpano acqua amniotica od anche meconio, queste sostanze anche macroscopicamente si possono riconoscere al primo aprire della cavità timpanica sotto la forma di piccole masse fioccose biancastre, giallognole o verdastre, le quali si possono isolatamente estrarre, ed all'esame microscopico permettono che vi si scorgano i materiali della vernix caseosa — ossia cellule epidermoidali, goccioline adipose, cristalli di colesterina, più raramente lanugine, — mentre quando si contenga meconio, si potrà riconoscere la presenza della bile in squamme oppure trasformata in cristalli di bilirubina. Degli altri contenuti straordinarj che si possono nella cavità timpanica rintracciare specialmente meritano di essere accennate le materie delle fogne, che noi in due casi di infanticidio per soffocazione degli infanti in latrine potemmo verificare. — Si possono altresì riscontrare questi varj elementi tra loro combinati, ad esempio, aria con idramnios e suoi elementi, o con materiale di fogna. Nel primo caso noi ricordiamo però che si possono riscontrare certe cellule epiteliari pavimentose mescolate ad aria, e che normalmente devonsi ad un atto inspiratorio, essendo derivate dalla mucosa della cavità orale; sarebbe quindi erroneo il ritenere queste cellule derivanti dall'idramnios.

V.

Psicopatologia forense.

Assassinio commesso da un epilettico; del dott. Motet. (*Ann. d'Hyg. et Med. légale*, janvier 1878).

Un certo Levêque brillo per libazioni alcooliche non voleva una sera allontanarsi da un terreno soggetto alla servitù militare. Al soldato che lo voleva allontanare rispondeva: se tu fossi solo, io ti sventrerei: e gli gettò contro dei sassi: molti passaggieri si intromisero, fra cui un certo Maucourant, il quale, provocato, gli diede una dose di busse e s'incamminò a casa sua. L'accusato lo seguì; lo volle costringere a battersi ancora e lo percosse alla spalla: si impegna una seconda rissa nella quale l'accusato estrae di tasca un coltello e lo immerge nel petto di Maucourant, che cade morto quasi instantaneamente. — Tratto alle Assisie, il Levêque si conobbe esser uomo di 42 anni, vigorosamente costituito; aveva lasciato nel suo paese natale pessimi ricordi per violenze su suoi parenti per ragioni d'interesse. È epilettico, ma non fu posto mai prima del 1872 in manicomio. Giunto a Parigi nel 1872, il giorno istesso del suo arrivo fu preso da un accesso di furore e frantuma nella casa d'un suo parente in cui era stato accolto, quanto gli cade fra mano. Fu mandato quindi a Bicêtre, ove gli si riconosce *vertigine epilettica con impulsioni violente:* vi restò fino al novem-

bre, nel qual tempo è dimesso non avendo mai avuto accessi. Nel 1873 è ancor preso da accessi epilettici, cui si aggiunge alcoolismo leggiero. Egli ha conservato memoria della rissa avuta; solo dice che nell'istante in cui colpì col coltello, egli non sapeva ciò che si facesse. Di due medici che lo videro subito dopo il delitto, uno ammette che per quanto egli si fosse di natura brutale, violenta, abbia goduto della pienezza delle sue facoltà mentali; l'altro invece lo ritiene addirittura irresponsabile, derivando il delitto conseguenza di un impulso epilettico.

Il perito dott. Motet dice che l'accusato gli raccontò per filo e per segno ciò che gli era occorso nella giornata fatale, e che nell'istante di questa narrazione, questi avvertendo « che il suo male saliva » fu preso da un accesso epilettico, dopo cui rimase mezzo instupidito per circa un quarto d'ora. — Davanti ai giurati, il perito confermò l'esistenza dell'epilessia, ma non potè riconoscere la influenza di questa sulla impulsione al commesso delitto. Egli insistè sui fatti seguenti: mancanza di istantaneità, lotte successive, conservazione della memoria dei fatti, mancanza della impulsione cieca dell'epilettico che colpisce senza provocazione, a caso, e si scaglia contro una vittima a lui ignota. Di più il furore omicida non eruppe d'un tratto ma era stato lentamente preparato, e le fatte provocazioni e le ingiurie non provavano punto l'azione della epilessia, durante la quale si colpisce, si ferisce, ecc., senza proferir parola. — Ma tenendo conto della brutalità congenita, dell'alcoolismo, della collera, della violenza propria del carattere dell'epilettico, il perito propose che la responsabilità dell'accusato fosse scemata; e questa proposta venne accettata dal giurì.

Di alcuni disordini intellettuali attribuibili alla fame; del dott. Follet professore alla Facoltà di Lilla. (*Ann. d'Hyg. et Méd. légale*, nov. 1877).

L'Autore non occupandosi che dei disordini vitali ascrivibili alla sola *fame*, anzichè alla *inanizione*, riferisce due casi di azioni criminose commesse sotto il tormento di quella.

Il primo riguarda un giovane di 15 anni, che espulso da una casa commerciale cui apparteneva come apprendista, stette *quarantasei ore* senza prendere alcun cibo. Egli percorse a digiuno le vie di Cambrai; ed alla due del dopopranzo trovandosi sui bastioni della città, vista una giovinetta di otto anni, l'afferrò pel collo, la gettò per terra e con un bastone impiombato la percosse nel modo più grave, tanto che si credette morta la sua vittima. Ciò fatto si recò spontaneamente a costituirsi all'Autorità, raccontando ciò che aveva fatto. Interrogato sulla causa che lo aveva spinto a questo delitto, egli rispose: *Io avevo fame, avevo perduto la testa, e non so il perchè io abbia agito così.*

L'Autorità affidò ai dott. Follet l'esame mentale dell'imputato, e quegli, escluso ogni accesso di mania transitoria, epilettica, ogni tendenza a violare la fanciulla, ritenne l'imputato non responsabile in conseguenza di disordini intellettuali ascrivibili alla fame. — Il secondo caso riguarda un uomo di costumi miti, il quale a proposito d'una osservazione futile

fattagli, vibrò un colpo di coltello ad un suo compagno. — Interrogato non presentava il menomo segno di alienazione: egli asseriva d'aver commesso l'atto criminoso in un istante di vertigine, di stordimento e di non avere alcuna rimembranza di ciò che aveva fatto; nè mai era stato soggetto a questi disturbi psichici; però raccontava che in quel tempo egli trovavasi senza lavoro (da una settimana), e che non avendo che 3 o 4 soldi, non aveva mangiato dal giorno innanzi che un piccolo pane d'un soldo e bevuto due bicchierini di acquavite. — Qui il dott. Follet come elemento dirimente la responsabilità, oltre il disturbo psichico indotto dalla fame, considerò effetto dell'alcool a stomaco vuoto; onde l'imputato venne assolto.

L'Autore osservando questi disturbi esser forti sempre dopo la cessazione dell'alimentazione, non esita ad ascriverli a quest'ultima causa, considerando che l'astinenza induce gastralgie (gastralgia famelica) e questa alla sua volta pell'intervento del pneumogastrico, può agire sinistramente sul cervello e dar luogo quindi ad illusioni ed a vertigini. L'A. riferisce pure che il dott. Vanverts in conseguenza della fame fu pure in preda a vivissime illusioni ed alluccinazioni, a movimenti impulsivi. — L'A. però soggiunge non potersi genericamente ammettere che ad ogni caso di fame sì protratta debbano corrispondere fenomeni di alterazione psichica, avendo osservato un prigioniero dell'Havre che voleva suicidarsi coll'astinenza dei cibi, esser rimasto *sei* giorni senza cibi, e senza offrire mai un istante di disordine psichico. — L'Autore quindi in appoggio a questa immunità durante la fame cita la osservazione propria di un suo gatto che rimase *19 giorni* senza cibo, offrendo per tutta alterazione un'eccessiva magrezza; ma noi, pur non mettendo in dubbio la buona fede dell'A., dobbiamo soggiungere che in questo caso ci sembra straordinaria non tanto la mancanza di alcun fenomeno morboso, quanto il semplice protraimento della vita; *probabilmente nell'apprezzamento di qualche circostanze che gli permisero di stabilire esattamente questa data, corse qualche errore di calcolo.* — Circa poi la causa dei disordini psichici dovuti alla fame, osserviamo potersi, oltre che all'azione indiretta dei pneumogastrici, riscontrare in una anemia cerebrale, sia per diminuzione della massa sanguigna, sia per rallentato impulso cardiaco.

Sulla pazzia dei delinquenti; del dott. Kornfeld. (*Friedreich's Blätter für ger. Med.* Gennajo e febbrajo 1878).

L'Autore ammette che lo studio della pazzia dei delinquenti non possa esser fatto convenientemente che dai medici carcerarj; alle sue conclusioni teoriche (non ancora completamente uscite in luce) premette alcuni casi di pazzia dei criminali, fra cui il seguente degno di essere notato pella confluenza che lo stato mestruale può determinare sullo stato psichico.

M. L., nubile, di 25 anni, fu condannata alla prigione come incendiaria e quindi inviata nel suo luogo di pena. Dopo alcuni giorni di

condotta tranquilla, cominciò a mostrarsi straordinariamente irrequieta; da ciò punizioni. Ma ciò malgrado la condotta della condannata tratto tratto diveniva sempre più perversa, tanto che le toccarono le punizioni più gravi, subite le quali ritornava ancora nel primitivo andazzo. Il Direttore dello Stabilimento carcerario finalmente richiese o che la si punisse quale esempio nel modo più duro, oppure la si allontanasse dallo Stabilimento. Però fu chiamato il medico. Questi esaminando il tempo della irrequietezza e delle pene inflitte, trovò che si rinnovavano costantemente ogni quattro settimane: quindi sospettò che il periodo di furore coincidesse col periodo menstruale. La condannata venne trasportata in un manicomio: qui venne constatata che dessa era epilettica, e che malgrado l'apparente coerenza del linguaggio, era in preda a debolezza ed a disordine mentale, e sfornita completamente di senso morale. — Tratto tratto senza alcuna occasione mostravasi sommamente eccitata, gridava, inveiva contro tutti, mostrando tendenza infrenabile al suicidio. Questi accessi si trovarono regolarmente collimere col periodo menstruale; i tentativi di suicidio però si facevano in altro tempo, anche sotto l'apparenza della massima tranquillità. — L'ammalata successivamente cadde in piena pazzia con allucinazioni vivissime e morì alla fine di tabe in conseguenza di un foro fistoloso per carie alle coste.

Il Relatore informerà i lettori della *Rivista* del seguito di questo lavoro, appena sarà compiuto.

Sulla idiozia e l'imbecillità; pel dott. WILLIAM W. IRELAND, London 1877. (*Brit. med. journal*, 1877).

Il dott. Ireland è medico soprintendente dell'Asilo Nazionale Scozzese pell'educazione degli idioti e degli imbecilli. Egli quindi era in condizione di fornire ampli materiali pello studio di questi; ciò egli fece nel modo più completo nell'opera che abbiamo annunciato. — Data la definizione dell.idiozia e dell'imbecillità, l'Autore si occupa della statistica degli idioti. Secondo l'ultimo censimento (1871) nell'Inghllterra e nel paese di Galles vi sono 29,452 persone comprese sotto il nome di idioti e di imbecilli; però è da ritenersi questo numero inferiore al 25 per cento del vero; tal differenza è dall'Autore ascritta alla riluttanza che hanno i genitori di fare inscrivere fra gli idioti o congeneri i loro figli.

Nel rapporto all'intiera popolazione vi sarebbe *un* idiota od imbecille su 771 persone, ossia il 13 per 10 mila. — Fra le cause dell'idiozia l'Autore menziona l'eredità, i matrimonj consanguinei, l'ubbriachezza dei parenti, lo spavento o qualunque altra penosa impressione della madre durante la gravidanza: però riconosce che bisogna ammettere agente mai un'unica causa, ma sibbene la somma di parecchie.

La consanguineità del matrimonio sarebbe fra le cause più rare, ed agirebbe allorquando uno dei genitori deriva da ceppo non sano. Circa all'ubbriachezza, l'Autore non può ascriverle un'azione diretta, ma ri-

conosce che dessa anzichè produrre primitivamente l' idiozia ingenera una costituzione nervosa sì debole, da essere questa dalla più piccola causa alterato.

Circa la classificazione dell'idiozia, l'Autore si attiene ai gruppi seguenti: 1.° Idiozia congenita. 2.° Idiozia eclamtica. 3.° Idiozia da microcefalia. 4.° Idiozia epilettica. 5.° Idiozia idrocefalica. 6.° Idiozia paralitica. 7.° Cretinismo. 8.° Idiozia traumatica. 9.° Idiozia da infiammazione. 10.° Idiozia da esaurimento (deprivativation). — L' Autore descrive quindi numerosi casi appartenenti a ciascun gruppo con relative illustrazioni diagnostiche e prognostiche e tocca il tema importantissimo della pazzia nei fanciulli. Secondo esso questo è fenomeno assai raro: il criterio diagnostico differenziale tra questa e la idiozia è che nella prima manca l' ebetudine intellettuale propria dell'idiozia, mentre esiste in essa una certa energia ed un certo grado di passione assolutamente differente dal torpore dell' idiozia. Però gli stessi idioti possono essere affetti da mania, melancolia e da delirio. — Esaminando le deficienze sensoriali e intellettuali degli idioti, l'Autore fa osservare come costoro — ed anche fra le classi più elevate — permangono fanciulli per tutta la vita: nelle classi più basse, l' intelligenza è assolutamente nulla. — Ed in rapporto alla possibile educazione degli idioti, l'Autore li divide in cinque gradi, secondo che essi possono parlare, possono apprendere a parlare, a leggere, a scrivere, a lavorare. — Il capitolo riguardante l'educazione degli idioti è il più importante.

L'Autore sostiene che il miglior vantaggio si ottiene coll' insegnamento simultaneo, anzichè coll'individuale spesso; egli scrive, è di sommo giovamento a questi fanciulli l'abbandonare quella uniforme e sconfortante inferiorità in cui vissero, ed il trovare che essi hanno compagni con cui possono scambiare le loro semplici idee, e contrarre simpatie, o che hanno ancora compagni che sono intellettualmente a loro inferiori. È dimostrato dalla pratica che l' educazione in comune può ridestare un certo spirito di emulazione. — Il libro finisce collo studio sulla legislazione circa gli idioti, facendo voto l' Autore che sien tolti gli inciampi che spesso impediscono l' ammissione degli idioti agli asili.

Monomania impulsiva da epilessia larvata; del prof. Augusto Tamburini. (*Rivista Sper. di Fren. e Med. legale*, 1877).

È un importantissimo caso di monomania da epilessia illustrato con i mezzi diagnostici più accurati e che mostra quanto l' indagine clinica ben condotta possa giovare alla esatta diagnosi medico-legale dello stato psichico. — Certo V. G., fittajuolo, un mattino scaglia contro certa N., sua amante un colpo di revolwer ed un colpo di pistola, per cui viene a ferire un di lei servo: l'insegue e la minaccia di nuovo; sfonda l'uscio della camera in cui questa erasi rifugiata, inveisce contro la di lei cameriera; finalmente si nasconde in un granajo, ove viene arrestato. — Confessa di essere stato spinto dal desiderio di vendicarsi; ma mostran-

dosi assai strano, viene inviato al Manicomio di Reggio Emilia, onde il suo stato psichico sia sottoposto ad indagine medico-legale. L'imputato ha 38 anni: è brachicefalo e macrocefalo: ha numerose cicatrici al cubito, di cui due assai spiccate al braccio destro: ha polso debole, alcune isole di anestesia, ed alcune altre di iperestesie sulla cute; in alcuni giorni però è grandissimo l'ottusità della sensibilità cutanea; ha alcune sensazioni di stringimento epigastrio, di strozzamento, di bolo, dolori gravativi specialmente alla fronte, brividi alle ginocchia, movimenti istantanei e bruschi di alcuni muscoli (specialmente al naso) e affatto involontarj e sussultorj: lo stesso si manifesta anche ai flessorj delle dita, ed alle mani che vanno soggette a tremiti, ecc. La tortuosità nelle arterie retiniche. — Ha leggier grado di amnesia specialmente in taluni giorni, tendenze intermittenti a correre, a lacerare, a percuotere: mostra affetto vivissimo pella donna da lui minacciata; ma in generale si nota estrema mobilità di aspetto o di passioni. — Esaminando quindi l'atto da lui commesso ed i suoi frequenti accessi impulsivi, si può riconoscere in lui esistere una *monomania impulsiva.* E poichè l'individuo fu soggetto ad attacchi frequenti di epilessia, perchè discende da parenti che hanno avuto gravi malattie mentali (apoplessie, disordini nervosi) e perchè le manifestazioni morbose dell'imputato pren-la forma decisa di accessi, che, precedute da prodromi, scoppiano violenti e raggiungono un acme; dopo il quale scemono per cessare ben presto, lasciando disturbo mentale per circa un' ora sotto forma di ottudimento, si giudicò detta monomania impulsiva aver origine da *epilessia*, e considerossi quindi l' atto commesso come un vero accesso di *epilessia larvata.*

Questa si rende evidente dal carattere estremamente impulsivo dell'atto, dalla violenza, dallo stato di somma eccitazione sopraggiunta all'improvviso, dal successivo ottundimento, dal senso di pena e d'angoscia che precedette l' atto, dalle involontarie contratture dei muscoli striati, dall'amnesia relativa del fatto. Causa predisponente di questo stato epilettico si deve guardare nell'eredità, occasionale la produzione di alcune cicatrici sul braccio le quali avendo determinato dalle irritazioni continue alle estremità periferiche dei nervi hanno cagionata una vera epilessia riflessa. — Onde il perito prof. Tamburini giudicò il V. assolutamente irresponsabile del fatto imputatogli, essendo stato questo commesso durante un accesso di epilessia larvata; il suo giudizio è così riassunto:

1.° Il V. è affetto da *monomania impulsiva accessuale* dipendente da uno stato di *epilessia larvata*, d'origine probabilmente *reflessa.*

2.° Lo sviluppo di questa malattia è anteriore all'epoca in cui commise il crimine di cui è imputato.

3.° Nel momento in cui il V. commise il tentativo d' omicidio e i ferimenti gravi, trovavasi in preda per l'eccitamento passionale in cui l'alterco colla N. lo aveva fatto cadere, ad uno di quegli accessi di

epilessia mentale, manifestantisi con atti impulsivi violenti e pericolosi, a cui egli è andato prima e dipoi soggetto.

4.° Quindi il V. è irresponsabile dell'atto criminoso commesso.

Non avendo l'Ufficio d'Istruzione penale accettate le conclusioni della perizia, furono da esso interpellati ad un giudizio definitivo i dottori Verga, Biffi e Tarchini-Bonfanti, i quali, dopo lungo esame dei documenti, e dell' imputato (che era da varj mesi caduto in preda ad un completo accesso maniaco), convennero pienamente nei risultati della fatta perizia, e conclusero:

1.° Il V. trovasi oggi in istato di assoluta pazzia.

2.° Tale era nel momento in cui commise il fatto pel quale è accusato.

In seguito a ciò il R. Procuratore dichiarava, non farsi luogo a procedere contro il V., pel tentato omicidio di cui era imputato.

Indi il V. tornava di nuovo al Manicomio in preda ad accessi maniaci.

Gli ultimi studj italiani sulla imputabilità. Critica seconda del dottor Arrigo Tamassia, Incaricato dell' insegnamento della Medicina legale nella Università di Pavia. (*Riv: sper. di fren. e med. legale.* Anno II, fasc. IV).

Avendo il Ministro Guardasigilli Mancini pubblicato il sunto delle osservazioni e dei pareri che i cultori della Medicina legale e della Psichiatria proferirono circa il 1.° libro del progetto del Codice penale italiano, ed avendo pure detto Guardasigilli presentato in altro volume il testo definitivo del progetto da lui adottato, nonchè una dottissima relazione che dà ragione delle assunte sanzioni, l'Autore stese una Memoria su queste due pubblicazioni; in essa si studiò di esporre e di raggruppare i principj generali stati emessi dai varj scienziati, e di proporre al testo del Gardasigilli alcuni mutamenti, che in parte emergono dalla gran maggioranza dei pareri emessi.

L'Autore si compiace anzitutto della deferenza usata dal Guardasigilli ai cultori della Medicina legale e della Psichiatria; riconosce che la *dottrina della libertà relativa* è entrata già nei concetti della legislazione moderna. e non è più quindi una utopia astratta della Medicina, ma una deduzione scientifica da fatti psicologici e sociali. — Passa quindi l'Autore ad esaminare i giudizj preferiti, così concludendo.

« V'hanno piccole differenze nell' indole delle proposte; ma puossi dire però che l'idea fondamentale n'è comune. Il primo gruppo infatti desidera che si accenni ad uno stato di mente escludente la imputabilità; è amor di chiarezza; chè la condizione mentale come la sola determinante è necessariamente sottintesa nella formula della Commissione. Vi ha però in questa proposta l'intento lodevole di ricordare al legislatore ed ai giudici che si tratta di diserdine di mente, e quindi di un fatto di stretta competenza del medico. — Il secondo gruppo (ed è la maggioranza) si inspira alla tradizione del codice penale toscano;

vuole si accenni alla mancanza di libertà di elezione, come alla mancanza del vero fondamento della imputabilità, non bastando la sola conoscenza dell'atto in sè; e teme che nel concetto assai generico di forza esteriore non si possano comprendere tutte le lesioni della volontà che si riscontrano nei pazzi. Solo qui ci piace osservare non potersi mettere innanzi, come fece l'Accademia di Ferrara, l'anormalità della mente per paura che nella espressione *stato di mente* si volesse chiudere la possibilità dell'ignoranza della legge. Vi hanno stati i quali senz'essere assolutamente anormali, ad esempio, la dormiveglia, il sonno, ecc., debbono escludere la imputabilità: medieamente parlando, adottandosi la locuzione dell'Accademia di Ferrara, molti atti assolutamente non imputabili non andrebbero impuniti. Si vedrà invece come il progetto del Guardasigilli prevenga l'obbiezione della semplice ignoranza della legge. — Il terzo gruppo pur esso si preoccupa della possibilità di confondere la semplice ignoranza della legge collo stato di mente che può togliere della legge e della moralità ogni notizia: ad esso risponde, come all'Accademia di Ferrara, l'aggiunta che citerò fra poco del Guardasigilli. Il quarto gruppo che vuole si tenga conto dell'influenza del sesso sta troppo rigidamente nel campo della fisiologia e nello stesso tempo non lo percorre completamente, giacchè, oltre l'età troppo tenera cui provvede il codice, fisiologicamente l'età roppo inoltrata meriterebbe indulgenza pari a quella del sesso: ma a tutto la legge provvede colle circostanze attenuanti. Noi d'altra parte chiederemmo (*absit malitia dicto*) se pur, ammesse le condizioni speciali di costituzione psicologica nella donna, ed il relativo minor incentivo a delinquere in causa delle condizioni sociali in cui dessa è posta, equamente si possa per essa stabilire in ltnea assoluta una maggior mitezza di giudizj. — Il quinto gruppo finalmente accetta la formula della Commissione: e abbiamo già accennato le ragioni di quest'adozione. Circa la forza irresistibile i pareri son differenti e non poteva essere altrimenti, giacchè in questa forza irresistibile si comprendono elementi d'indole medica (impulsi morbosi, morbose tendenze) ed altri d'indole affatto estranea, quali la violenza materiale.

Ma esaminato sommariamente questo lavoro di critica, n'emerge il giudizio più vantaggioso. V'ha intanto la condanna unanime di quelle formole che, come quella del Codice Sardo, stabilivano nel modo più capriccioso ed antiscientifico determinate malattie o stati mentali escludenti essi soli la imputabilità: invece prevale l'idea di compendiare le condizioni fisio-patologiche della non imputabilità in una formola unica, sintetica che comprenda non solo l'aspirazione della psicopatologia moderna, ma eziandio quelle delle future. Infatti queste formole, allorquando scolpiscano nettamente un'idea generale, sintesi di infinite osservazioni parziali, son destinate a mantenersi immutate per moltissimi tempi: esempio di ciò la formola del Codice Toscano. Ancor degna di nota nella nostra scuola è la mancanza della più piccola allusione allo spi-

ritualismo, a questa patologia della psichiatria; mentre unanime la tendenza di comprendere sotto la parola mente l'insieme di tutte le attività psicologiche. Così pure si argomenta che ovunque regna la nozione esattamente scientifica della pazzia, nessuno avendo messi avanti quei caratteri volgari della pazzia, che pur troppo corrono in molti trattati, tutti invece accordandosi nella massima fondamentale, che è l'espressione degli ultimi studi instituiti sulla pazzia, esistere cioè nel pazzo conoscenza dei suoi atti, una certa facoltà di sceglierli nel compierli, ed esser dovere di difesa e di filantropia sociale l'erezione dei manicomi criminali. »

Passa quindi l'Autore ad esaminare la formola definitiva proposta dal Guardasigilli circa la sanzione della imputabilità: questa è così espressa. « Non è imputabile di reato colui che nel momento in cui commise il fatto, era in istato di follia o per qualunque causa non aveva la coscienza del delinquere: ovvero vi fu costretto da una forza alla quale non potè resistere. »

« L'ignoranza della legge nè esclude, nè scema la imputabilità. »

L'Autore approva pienamente questa formola, trovandola larga e previdente e conforme allo stato attuale della psicologia forense, ed ai desiderj della maggioranza dei medici legali italiani.

Ma dove l'Autore non può convenire con l'onorevole Guardasigilli è nella sanzione che questo fa della imputabilità parziale, giacchè all'articolo che stabilisce le condizioni che escludono ogni imputabilità, fa seguire l'articolo:

« Se le cause enunciate nell'articolo precedente hanno grandemente scemata, ma non del tutto esclusa la imputabilità, la pena è diminuita da uno a tre gradi. — Il giudice può ordinare che la pena applicata sia scontata in una casa di custodia. »

L'Autore fatto osservare come la maggior parte degli scienziati italiani combattono questa imputabilità parziale, che rende possibile e sicuro che sia punita la pazzia anzichè la colpa, osservato pure, come aveva già fatto altra volta. (*Rivista Sper.* Anno 1876), il sommo pericolo che sta nascosto in questa disposizione, la contraddizione che si inaugura tra legislazione e decorso delle malattie mentali, l'opportunità di tutelare la società in questo caso di pazzia indeterminata con i manicomj criminali od istituti congeneri, anzichè colla prigione e colla galera, combatte un'obiezione che potrebbe esser mossa alla sua tesi dalle recenti scoperte di fisiologia pelle quali essendosi localizzate alcune funzioni, si potrebbe indurre che anche le funzioni mentali potessero isolatamente manifestarsi ed ammalare.

Non ci dissimuliamo, scrive l'Autore, una obiezione che qualche cultore della psichiatria, in base ad alcune ultime conquiste di questa, potrebbe muovere contro la nostra tesi. È noto come per gli studii brillanti di Hitzig, Ferrier, Albertoni ed alcuni altri si ammettono oggi nel cervello dell'uomo alcuni centri determinati, i quali per sè soli gover-

nerebbero certi atti d'indole volitiva (motori) e d'indole più complessa (di senso e di moto). Ora questa specie di indipendenza di alcuni punti da tutto l'insieme del cervello, la prospettiva della scoperta di altri consimili centri, potrebbero essere avanzate da alcuno come argomenti contrari al carattere generale di quelle lesioni mentali, le quali, come la illusione, l'allucinazione, e la così detta monomania, costituiscono in gran parte il terreno su cui si agita la questione della responsabilità parziale. Se vi ha infatti, osserverebbesi, indipendenza d'azione su alcuni atti fisiologici, altrettanto deve aversi nel campo patologico; onde, poichè non è lesa che una parte isolata della mente, non vi ha nè ingiustizia, nè erroneità a stabilire una responsabilità correlativa a quelle parti della mente, le quali, sebbene contigue ad un punto malato, ne sono però completamente indipendenti, e possono godere quindi della pienezza della loro attività fisiologica. Fuori quindi del dominio dell'illusione, dell'allucinazione, della così detta monomania e di altri stati congeneri, il codice penale può giustamente applicarsi; anzi è somma indulgenza, se in questi casi la pena si rende più mite. È, come si scorge, la teoria di Hoffbauer che fa capolino con una vernice moderna. — Riesce però assai facile il ridurre al suo giusto valore quest'obiezione, che noi stessi spontaneamente ci movemmo, onde non ci si accusasse di non volere tesoreggiare imparzialmente di tutti i progressi della scienza. Anzitutto, senza negare le risultanze sperimentali conseguenti all'irritazione od alla lesione di alcuni punti del cervello, non dobbiamo dissimularci esserci scienziati insigni fra cui lo Schiff, che negano ogni autonomia d'azione a questi centri, e dobbiamo pure mettere avanti il dubbio, che, in vista della somma facilità con cui sulla superficie cerebrale si vanno scoprendo nuovi centri d'azione, d'indole unica, ed in parte d'indole mista, questi pretesi centri autonomi d'azione si dovranno ridurre più modestamente a punti di maggiore attività; ed anche riconoscendoli veramente centri autonomi, nessuno può misurare l'influenza che ciascuno leso o non leso può esercitare sull'altro. Ma pure facendo ogni concessione in favore delle teorie d'Hitzig e Ferrier, siamo bene lontani dal vederne l'applicazione diretta alla psichiatria e specialmente alla fisiologia ed anatomia patologica delle varie alienazioni mentali: chè in quelle ricerche non si tratta che di funzioni di senso e di moto, punto di alterazioni psichiche. E per quanto l'analogia possa far supporre che l'insieme delle attività psichiche che raccogliamo sotto il nome di mente, altro non sia che la risultante dell'azione dei vari organi cerebrali, sgraziatamente oggi non siamo in grado di poter collegare gli effetti delle lesioni di questi centri motorj e sensorj, con le condizioni psicologiche e patologiche degli strumenti della mente. Se quindi può concedersi una certa autonomia di alcuni organi di senso e di moto, altrettanto non può dirsi di quelli della mente; il problema psicologico resta completamente intatto, e non si può risolvere che am-

mettendo il carattere generale anche dei più semplici disordini mentali.

E per quanto riguarda l'ammissione dei pazzi criminali nei manicomj criminali, o la custodia di coloro, che furono dichiarati non imputabili perchè avevano commesso il delitto in istato di pazzia, l' Autore discutendo un po'delle misure troppo recise consigliate dai molti, così conclude:

Ci sembrerebbe quindi equo l'esigere che l'imputato riconosciuto irresponsabile ed in istato attuale di malattia sia affidato, fino a guarigione formalmente riconosciuta ad un manicomio ordinario, quando non vi sia il menomo dubbio sul carattere di pazzia completa e di inoffensività (mania, paralisi progressiva, demenza, degenerazione psichica per epilessia, ecc.); ad un Manicomio criminale, quando si possano elevare alcuni dubbi sull'esistenza della pazzia, o questa vesta forme che esigano sorveglianza speciale (monomania, epilessia, melanconia, allucinazioni, mania transitoria, alcoolismo, ecc.); e finalmente sia messo in libertà, sotto il controllo della sorveglianza delle Autorità, quegli che in istato di pazzia, compito un delitto e di questo dichiarato irresponsabile, abbia indubbiamente all'istante del giudizio riacquistata l'intelligenza. Chiudendo questi in un manicomio, oltre l' offesa alla giustizia, vi sarebbe aperto il pericolo che pella privazione della libertà, pella insistenza frustranea a riacquistarla, pel contatto forzato con alienati e quindi pella terribile influenza dell' imitazione egli ricadesse nell' antica forma di male, o, cambiata forma, la sua pazzia divenisse addirittura inguaribile; mentre attuando queste nostre idee, ci pajon abbastanza tutelati i diritti della società rispetto a quelli dell'individuo, che non sono meno inviolabili e sacri.

Circa l'ubbriachezza considerata come stato derimente o meno la imputabilità, contrariamente alla formula Minesteriale, l'Autore, tranne il caso di ubbriachezza involontaria e la dipsomania, vorrebbe si sanzionasse una pena, giacchè l'ubbriachezza è sempre una condizione psichica volontariamente conseguita: in questa guisa si farebbe indirettamente anche la profilassi dell'alcoolismo.

Per ciò che riguarda l'età in cui deve cominciare la imputabilità l'Autore insiste perchè dessa venga un po'protratta (fino ai 10 anni e mezzo almeno); circa il sordimutismo accede alle proposte Ministeriali che stabiliscono in tutti i casi in grado assai limitato di imputabilità; e per ciò che riguarda la *recidiva* nei reati, l'Autore così si esprime:

Circa la recidiva, il testo definitivo adottato dal Guardasigilli è del seguente tenore:

Art. 84 (del progetto). § 1. *È recidivo colui che, dopo esser stato condannato per crimine o delitto con sentenza divenuta irrevocabile commette un altro crimine o delitto determinato dal medesimo pravo impulso.*

Art. 85. *Nella recidiva da crimine la pena è aumentata da uno a*

cinque anni, e può aggiungersi la sottoposizione alla vigilanza speciale della polizia da uno a cinque anni.

All'art. 90 § 9 si considera genericamente circostanza aggravante l'essere stato condannato per crimini o delitti non eguali a quelli per cui l'imputato fu condannato anteriormente.

Ommettendo tutte le ragioni di diritto esposte dal Guardasigilli per sostenere la sua tesi, osserviamo che il fondamento di questa non consiste, secondo lui, nell' insufficienza della pena, ma nella rinnovata azione delittuosa. « Nel recidivo, scrive, non è la pena che per sè medesima si riveli insufficiente: ma è la rinnovata azione delittuosa che manifesta in lui malvagia e perniciosa persistenza nello spregio della legge. Ora non si può disconoscere che questo carattere di maggior pravità indubbiamente si presenta nel fatto di coloro, che ricadendo nel maleficio, dimostrano esser governati sempre dalla medesima rea passione, cui prima obbedirono; ed in ciò consiste ancora pella società il cresciuto pericolo che vuolsi, col minacciato aumento di repressione, combattere. »

Questo è pure il concetto della Commissione ministeriale. Su questi articoli in cui si svolge uno dei più alti problemi delle scienze sociali, unico rispose in modo indiretto il prof. Lombroso nelle sue proposte circa i minorenni, consigliando di chiudere i recidivi in appositi istituti, pensiero che ampiamente sviluppò nel suo libro sull'*Uomo delinquente.* Eppure ci sembra che la medicina facendo tesoro degli studj più recenti sulla psicologia dei delinquenti, avrebbe dovuto far conoscere le proprie dottrine.

Ormai tutti coloro che si cullano nella teoria rosea del potere emendante della pena, davanti le statistiche spaventevoli dei recidivi che giungono talora fino all'80 per cento, devono essersi convinti della loro illusione; chè sarebbe ironia chiamare emendante quel mezzo disciplinare, che permette si ripresentino ancor colpevoli quasi tutti coloro di cui si supponeva teoricamente conseguita l'emenda. Dobbiamo quindi guardare le cose nel loro stato reale, senza pregiudizio di sistema, e riconoscere che l'unica ragione della pena sta nella difesa sociale, in quell'atto con cui il corpo sociale minacciato nella propria organizzazione, respinge una violenza, e togliendo la libertà all' Autore di questa, cerca prevenire che dessa si ripeta. D'altra parte non conviene neppur farsi illusione sull'indole e sulla correggibilità di certi delinquenti. Ve ne hanno alcuni che dalla mancanza di predisposizione ereditaria ed organica, dall'educazione, dal carattere del commesso delitto, dal terrore incusso dalla durezza della pena saranno distolti dal ricadere nella colpa: ma ve n'hanno altri in cui la tendenza al delitto è sì connaturata coll'indole loro, da conservarsi ribelli ad ogni tentativo di correzione, ad ogni rigore di pena. Per questi v'ha tale costituzione fisica e psichica, spesso decorrente coll'alcoolismo cronico o col *temperamento mattesco,* che il delitto sorge necessaria conseguenza d'un istinto indomabile. Eglino

stessi lo confessano: non amano che il delitto pel delitto, e per compirlo, sfidano le sorveglianze più astute, i pericoli, i dolori più crudeli. Così soggiogati da questo tristo retaggio passano di prigione in prigione, profittando della libertà ottenuta dopo scontata una pena per dar materia ad un'altra condanna, finchè alla fine divengono gli ospiti più assidui delle prigioni e delle galere, in cui sui nuovi venuti esercitano in virtù della loro anzianità e pertinacia nel delitto un terribile potere dittatorio. Son questi che danno il contributo sì desolante della recidività e che ritenendosi, come scrive il Guardasigilli, governati sempre dalla medesima rea passione, anzichè da un impulso morboso incorreggibile, richiamano su sè stessi i rigori della legge, la quale confida con ciò estinguere la rea passione.. Le statistiche penali illustrate con acume dal dottor Morselli (V. *Rivista sper.*, Anno III, Fasc. II), mostrano nel modo più chiaro questa nostra asserzione. Ora, dato il carattere di difesa della pena, data la sicurezza matematica che certi delinquenti diverranno recidivi, e saranno quindi pei loro delitti di perenne pericolo sociale, e che nessun mezzo di repressione o prevenzione varrà mai a spegnere in loro questa tendenza al male, non potendosi rimutarne l'organizzazione, non deve ritenersi giusta ed attuabile l'idea di sequestrare perennemente questi individui in appositi istituti? Il Lombroso, il Barini, il Manfredini non esitano a proporre carceri speciali per questi incorreggibili. Quando nessun metodo (scrive Lombroso) più giova, quando il reo si ribella alle sue cure e recidiva le 10, le 20 volte, la società non dovrebbe più attendere che ci si perfezionasse ancora, a sue spese, con una nuova sosta nel carcere, ma sequestrarlo fin che abbia sicurezza della sua emenda o meglio della sua impotenza a nuocere.

Noi uniamo la nostra voce a quella dell'illustre nostro Maestro, facendo voti che nelle prossime discussioni, il problema della recidiva venga risolto in questo senso e si tenga così grado alla medicina d'aver scrutata tutta l'ampiezza d'un pericolo sociale e d'aver pronunciata formalmente la impossibilltà di sradicarla colle misure troppo miti e troppo teoriche fin ora seguite.

VI.

Parte formale.

Dell'insegnamento della medicina legale in Italia.

Colla massima compiacenza trascriviamo le parole dette dall'illustre prof. De Crecchio alla Camera dei Deputati, il 4 dicembre 1877 circa l'insegnamento della medicina legale in Italia. Chi vuol davvero che tal scienza riprenda il suo antico splendore fra noi, deve essergli grato di questa sua insistenza, cui speriamo corrispondano le fatte promesse del Ministro dell'Istruzione pubblica. Senza questo è vana ogni lusinga di vedere la medicina legale prendere il posto che le compete fra le mediche discipline.

De Crecchio: Ho già cennato poco prima, onorevole Ministro, che se le cose seguitassero a procedere come adesso, vi sarebbe una aperta contraddizione fra ciò che prescrive il regolamento ed i mezzi di cui noi disponiamo. Diffatti, il regolamento, per esempio, pretende con molta saggezza che le prove di esami per la medicina legale sieno date praticamente dagli aspiranti alla laurea. Ora si richiedono bene a ragione prove di reale perizia nelle cose che possono formare argomento di quistioni di medicina innanzi ai tribunali, e non prove di chiacchere e di parole.

E codesta certamente è un'ottima cosa, affinchè si tolgano una buona volta tanti scandali che avvengono giornalmente nelle Corti per l'imperizia di alcuni così detti periti.

Ma se questo pretende il regolamento, dov'è che sono assegnati i mezzi opportuni, affinchè l'insegnamento sia fatto in guisa da poter ragionevolmente pretendersi dai giovani tali prove di esame? Vi sarà qua e colà qualche professore che si sforza in tutti i modi per rendere pratico e dimostrativo il suo insegnamento di medicina legale; ma dove sono generalmente i mezzi sufficienti assegnati per tal fine dal Ministero di pubblica istruzione? Ed allora come si potrà richiedere ad un giovine una prova pratica per suo esame d'idoneità, se al professore ed a lui voi non avrete dato i mezzi opportuni per insegnare e per imparare?

Io devo lode e ringraziamenti all'onorevole ministro Coppino ed all'onorevole suo antecessore Bonghi se, a mia istanza, già va sorgendo in Napoli uno stabilimento pratico di medicina legale, ma io vorrei che quella non rimanesse una istituzione isolata, ma che l'insegnamento di medicina legale raggiungesse, dovunque esiste una Università, il suo adeguato sviluppamento.

Ma intanto che tale istituzione non cominci a funzionare realmente, noi ci troviamo anche in Napoli nella condizione di non poter pretendere negli esami ciò che pure i regolamenti esigono, perchè abbiamo la coscienza che i giovani non hanno potuto praticamente esercitarsi da per sè stessi a ciò che loro noi praticamente insegnamo. L'onorevole Ministro si persuaderà facilmente che per certi studi non basta il veder fare soltanto da chi sa fare, non basta vedere operare il professore, ma ciò che può meglio ammaestrare è bensì il fare da sè stesso, lo sbagliare anche molte volte e, sbagliando, riuscire finalmente ad imparare a far bene. Ora, se noi non ci mettiamo su questa via di offrire ai giovani i mezzi di esercitarsi sperimentalmente, non arriveremo mai ad ottenere ciò che i regolamenti pretendono.

RIVISTA OTTALMOLOGICA

del dott. G. FLARER.

Dürr — *Nuovi tentativi di cheratoplastica.*
Just — *Drenaggio dell'occhio con esito infausto.*
Zehender — *Breve rapporto sulla sezione ottalmologica della 50.ª riunione dei naturalisti in Monaco.*
Michel — *Sopra una cura ortopedica delle paralisi muscolari dell'occhio.*
Schroeter — *Cisti sierosa spontanea dell'iride.*
Niedieck — *Sulla neuritis migrans e sue conseguenze.*
Badal — *Retino-coroidite dovuta alla presenza d' un corpo straniero da quattro mesi fissato sulla congiuntiva palpebrale superiore.*
Id. — *Estrazione della cataratta senza iridectomia.*
Galezowski — *Studj sul distacco della jaloidea.*
Badal — *Focometro.*
Dransart — *Nistagmo dei minatori.*
Warlomont — *Rendiconto della sezione ottalmologica al Congresso periodico internazionale delle scienze mediche di Ginevra.*
Galezowski — *Sopra di un nuovo processo operatorio della trichiasi per mezzo del termo-cauterio.*
Twedy — *Influenza delle instillazioni del gelsemium sull'apparecchio della visione.*
Horner — *Indicazioni e controindicazioni dell'Atropina e del Calabar.*
Taylor — *Nuovo metodo ed efficace per la cura dei casi, così detti incurabili, del simblefaron.*
Ramorino — *Contributo allo studio dell'uso dell'eserina nelle malattie corneali.*
Roosa — *Rapporti della blefarite cigliare coll'ametropia.*
Gayet — *Cauterizzazione ignea della cornea.*
Mascaro — *Nuova cura della congiuntivite granulosa.*
Mac Keown — *Dell' uso della calamita per diagnosticare la presenza del ferro o dell'acciajo nell'occhio e per estrarre questi corpi stranieri.*
Schneider — *Contribuzione alla terapia degli epiteliomi sul bordo corneo-sclerale.*
Laqueur — *Dell' atropina e fisostigmina e loro azione sulla pressione endoculare.*

Neue Versuche über Keratoplastik. (*Nuovi tentativi di cheratoplastica*); del dott. Dürr di Annover. (*Klinische Monatsbl.*, september 1877).

Nell' autunno dello scorso anno, l'Autore s'accinse a trapiantare dei

pezzi di cornea di un animale, nell'occhio di un altro, usando di preferenza occhi di coniglio. Di tali esperimenti ne fece circa una ventina, escidendo dei pezzi di cornea della lunghezza da 5 a 8 mm. e dalla larghezza di 5 a 6 collo spessore di un millimetro. Il lembo trapiantato consisteva in una sottile lamina di sostanza corneale, ricoperta dal suo strato epiteliale intatto. Sulla cornea dell'animale che serviva all'esperimento, l'Autore praticava una ferita un po'più più piccola in tutte le dimensioni del lembo dà trapiantarsi, onde nella coartazione inevitabile gli orli del lembo e quelli della ferita corneale, avessero possibilmente, a combaciare. Se l'impianto veniva fatto alla periferia della cornea, l'adesione si faceva in tutti i casi; all'incontro quando l'innesto era fatto più verso la metà della cornea, oppure nel centro, l'esperienza falliva costantemente.

L'Autore consiglia di formare un lembo corneale della voluta grandezza, colla base all'orlo sclerale. Nel praticare il lembo, si conduca il taglio come nell'estrazione di Gräfe attraverso all'orlo sclerale, in modo che un lembo di 2 mm. delle fibre sclerali, resti compreso nel taglio e si ottenga un lembo triangolare della congiuntiva della lunghezza di 4 mm. Sull'occhio dell'animale da sperimentarsi si pratichi una ferita corneale più piccola di un millimetro in tutti i diametri, del lembo da innestarsi. Dopo ciò si distacchi la congiuntiva dall'orlo corneale per tutta l'estensione della ferita, estendendo il distacco alquanto più all'indietro. In questa nicchia s'introducea il lembo congiuntivale del pezzo da trapiantarsi e lo si assicuri con alcuni punti di sutura con filo finissimo di seta. Siccome poi la congiuntiva distaccata si ritrae, giova di far passare il filo attraverso alle fibre sclerali del lembo, onde non impiegare troppa sostanza a coprire l'apertura. Messo a posto il lembo, si chiudono le palpebre colla cucitura. Coll'innesto applicato in tal maniera, ordinariamente non avviene reazione eccessiva. In seconda giornata per lo più l'adesione del lembo, ed i suoi bordi si addattano completamente a quelli della ferita. La cornea non presenta sintomi infiammatorj e la congiuntiva nel sito dell'innesto, è coperta da una rete vascolare discretamente sviluppata. Nei primi giorni avviene una leggiera secrezione purulenta. Al secondo o terzo giorno si leva la sutura. Il lembo trapiantato presenta una serie di cambiamenti fino alla sua definitiva adesione, che l'Autore distingue in tre stadj. Il primo comprende i fenomeni inerenti all'atto operatorio, il secondo i cambiamenti che si manifestano nella sostanza del lembo corneale, ed il terzo l'immedesimamento del lembo colla cornea.

Nello strato epiteliale del lembo, non si manifestano cambiamenti, ma invece nella sostanza propria, subito dopo l'operazione si produce un'imbibizione sierosa, per cui il lembo è intorbidato ed ispessito. Dopo alcuni giorni alla base del lembo si nota uno sviluppo straordinario di vasi che si dipartono dall'anello sclerale e si distribuiscono nel lembo

stesso, in modo che verso la fine della prima settimana od al principio della seconda, il lembo appare completamente rosso.

Nel secondo periodo la sostanza corneale del lembo, che prima era bianca opaca, assume una tinta gialliccia, la quale si fa sempre più intensa, a cui si associa un maggior rigonfiamento del lembo trapiantato a segno da sembrare in preda alla suppurazione.

Sul finire della seconda settimana od al principiar delle terza, incomincia il terzo periodo, col quale i cambiamenti nella sostanza corneale presentano la fase regressiva. La tinta giallognola si fa grigia e diminuisce il gonfiore. I vasi superficiali vanno scomparendo ed il lembo si riduce al livello della cornea facendosi a poco a poco trasparente. Nello spazio di sei settimane, qualche rara volta un po' più tardi, l' assimilazione del lembo è completa ed allora si osserva sulla cornea una leggiera cicatrice lineare di forma quadrangolare, che segue la grandezza del lembo innestato, il quale è trasparente come il rimanente della cornea ed ha la stessa curvatura.

La prima operazione che l'Autore ebbe a tentare sull'uomo, si fu nel mese di maggio, sopra di un ragazzo di 10 anni con cornea leucomatosa, su cui fece l' innesto di un lembo di cornea d' un coniglio misurando la parte trapiantata 5 mm. in senso della lunghezza ed altrettanto in larghezza.

Il decorso della cura fu identico a quello sopra descritto e nello spazio di due mesi il pezzo innestato appariva come un' isoletta di cornea sana in mezzo al leucoma e l'ammalato che prima dell' operazione non aveva che la percezione di luce quantitativa, potè distinguere gli oggetti grossolani ed imparare ad orientarsi.

Da quell'epoca l'Autore praticò ancora sei volte l'operazione sull'uomo ed in cinque l'operazione è riuscita, l'ultima è fallita per l'inquietudine del paziente.

Dal sopra esposto l' Autore trae i seguenti corollarj:

1.° Pezzi di cornea d'animale si possono trapiantare sulla cornea di altri animali.

2.° La parte periferica della cornea, è la più addatta per la trapiantazione.

3.° Pezzi di cornea d' un coniglio si possono innestare sopra la cornea d'un uomo.

4.° Il lembo trapiantato diventa nuovamente trasparente dopo effettuata l'adesione.

Drainage des Auges mit unglücklichem Ausgang. (*Drenaggio dell'occhio con esito infausto*); del dott. Just. (*Idem, ibidem.* October, pag. 355).

In una signora di 30 anni, l'Autore praticò il drenaggio per un recente distacco retinico in occhio miope. Il filo d' oro durante l' operazione a stento usciva dall' ago ricurvo, e sfuggì alla pinzetta dell' assistente, per cui venne di nuovo estratto insieme all'ago, dimodochè l'o-

perazione rimase incompleta. Rinnovata l' operazione dopo due giorni essendo il bulbo esente da infiammazione, si potè introdurre nel punto giusto il filo d'oro e la paziente per le prime ore non provò incomodo di sorta. Nella sera però subentrò il dolore, gonfiore della congiuntiva bulbare e della palpebra superiore ed alla mattina seguente, si presentava forte infiammazione sotto forma della coroideite suppurativa; a stento si potè levare il filo dalla congiuntiva bulbare edematosa. In seguito a ciò diminuirono alquanto i dolori, ma l'infiammazione mantenne la sua natura fino al terzo giorno, in cui l'ammalata volle essere dimessa dalla cura. La rilevante gonfiezza, il riflesso giallo caratteristico del fondo, non lasciavano dubbio sulla perdita dell'occhio e l'Autore riflettendo sulle cause che possono aver prodotto l'infausto esito, esclude che ciò si debba ascrivere all'aver ripetuta la manualità operatoria, inquantochè lo stesso sarebbe avvenuto a Cohn, senza che si manifestasse abnorme reazione.

Kurzer bericht über di ophtalmologische Section der 50 Versammlung der Naturforscher u. Aerzte in München. (*Breve rapporto sulla sezione ottalmologica della 50.° riunione dei naturalisti in Monaco*). (*Idem, ibid.*, pag. 369).

Il prof. Alfredo Gräfe tenne un discorso sopra un nuovo ottalmotropo da lui inventato, per la dimostrazione dei cambiamenti di situazione del meridiano verticale nelle differenti posizioni degli occhi.

Il prof. De Zehender parlò sulla determinazione della distanza dei punti di rotazione degli occhi, a mezzo delle così dette immagini tapetiche (*Tapetenbilder*) con cui si dimostra che il sito dell'immagine tapetica, si può determinarlo esattamente, giacchè la distanza misurata dei due punti di rotazione dell' occhio, scelta da una serie di misurazioni, almeno per certe mezze distanze, è perfettamente concorde fino ad alcuni decimi di millimetro.

Il prof. H. Cohn di Breslavia intrattenne sulla necessità dell' esame delle orine nelle ambliopie e nelle paralisi muscolari dell'occhio.

Il prof. Alfredo Gräfe mostrò un nuovo ottalmoscopio da dimostrazione, della di cui opportunità i consedenti poterono completamente persuadersi.

Il dott. Schalkhauser tenne un discorso sopra di un caso di aneurisma della carotide interna nel canale carotico.

Il prof. Michel di Erlangen intrattenne l' adunanza colla descrizione della retinite apopletica, prodotta da trombosi spontanea della vena centrale del nervo ottico, mostrando altresì delle tavole colle figure del fondo oculare e con preparati di sezioni del nerv ottico.

Il prof. Manz di Friburgo mostrò dei preparati di un occhio umano albino, nel quale il pigmento mancava completamente nella coroidea, l' epitelio pigmentoso all' incontro era pigmentato, le sezioni verticali poi mostravano il nesso fra la membrana di Descemet ed il corpo cigliare.

Il prof. Schmidt-Rimpler mostrò uno straordinario arresto di sviluppo e deformità di un occhio di vitello, nel quale la massima parte della cornea era ricoperta da un dermoide ed era mancante la camera anteriore, nel mentre che l'iride era aderente alla cornea; fra l'iride e il corpo cigliare giaceva la lente, la quale con una piccola eminenza, attraverso all'apertura pupillare dell'iride si prolungava nel dermoide.

Inoltre il suddetto professore tenne parola sulla questione dell'enucleazione profilattica, allorchè trattasi di occhi feriti, affetti da ciclite, ma però in certo grado ancora atti alla visione, e riportò un caso, nel quale ad onta dalla pronta enucleazione, l'altro occhio venne affetto simpaticamente e si perdette.

Il prof. Cohn coll'appoggio di una statistica di 300,000 malati oculari tenne parola sul procentale interessamento in esse delle singole membrane oculari.

Il prof. Rothmund di Monaco presentò un caso, dove tutta la metà inferiore della retina dell'occhio destro di un individuo miope in alto grado, era distaccata e nel quale mediante il drenaggio, secondo Wecker, tutta la parte distaccata della retina, contrasse nuovamente adesione e la facoltà visiva, che all'epoca dell'operazione era di 1|100 si portò a 5|50. Il filo d'oro era rimasto in sito 14 giorni.

Il prof. Holmgren di Upsala parlò della diagnosi della cecità pei colori.

Il suddetto a tale scopo si serve di una serie numerosa di pezzi di lana colorata. Sopra due individui affetti da tale infermità Holmgren mise in pratica il suo metodo.

Ueber eine orthopädische behandlung von Augenmuskellähmungen. (*Sopra una cura ortopedica delle paralisi muscolari dell' occhio*); del dott. Michel. (*Klinische Monatsblätt.*, november 1877(.

La cura si basa sul principio dei *movimenti passivi* e si distingue per la semplicità di sua esecuzione. Il motodo è il seguente: si afferra la congiuntiva, a mezzo di una usuale pinzetta da fissazione, in corrispondenza all'inserzione bulbare del muscolo paralizzato, in vicinanza all'orlo corneale, si conduce il bulbo nella direzione della sfera d'azione del muscolo paralizzato, il più possibilmente oltre l'ordinario limite di contrazione, indi nuovamente indietro, ripetendo tali movimenti di innanzi e indietro del bulbo, per lo spazio di circa due minuti

Immediatamente dopo questa manipolazione, l'effetto raggiunge il massimo d'intensità; la facoltà di contrazione sale ad 1 1|2 mm. almeno.

A poco a poco l'effetto diminuisce e però dopo la detta manipolazione, per un'ora desso corrisponde all'incirca ad un prisma da 12° a 16°. Solo successivamente subentra il ristabilimento del campo visivo. Il dolore è leggerissimo ed i fenomeni irritativi congiuntivali, che ne risultano vengono tolti coi fomenti freddi

Un'operazione al giorno sembra sufficiente ed è rimarchevole la re-

sistenza opposta dall' antagonista, in modo da richiedere un discreto sforzo, per muovere il bulbo nella direzione del muscolo paralizzato.

L'Autore dice che i precipui vantaggi del metodo descritto, consistono nell'eliminazione dell'azione dell'antagonista e nella breve durata della cura. Per esempio in un ammalato affetto da una paralisi totale recente dell'adducente d'indole reumatica, si ottenne la completa guarigione in cinque settimane. Mediante il passivo avvicinamento dei punti d'inserzione del muscolo, paralizzato, si aumenta l'attività contrattile e la forza del musc olo colla frequente ripetizione della manipolazione si ottiene uno stimolo pel muscolo e pel nervo e perciò indirettamente si mantiene e si aumenta la nutrizione dello stesso.

Spontan entstandee seröse Iriscysten. (*Cisti sierose dell'iride spontanee*); del dott. P. Schroeter. (*Idem*, *ibidem*. December, pag. 417).

I casi di cisti sierosa dell' iride sinora descritti, sono quasi esclusivamente d' origine traumatica ed è perciò importante il registrare quei casi in cui, essendo esclusa la causa traumatica ed anche inflammatoria, pure dal punto di vista clinico ed anatomico, si mostrano cogli stessi caratteri delle prime.

Una ragazza di 18 anni, pallida e mal nutrita, si presentava all'Autore per certo incomodo, che solo da alcuni giorni era comparso al suo occhio, che provava disturbo nel lavorare, senza che potesse dire diminuita la facoltà visiva. Non eravi stata nè ferita dell'occhio e nemmeno infiammazione di sorta.

La cisti della grossezza di un mezzo pisello aveva la forma e l' aspetto delle altre cisti sierose dell'iride e si estendeva dal margine cigliare dell' iride, fino in vicinanza al margine pupillare ed era prominente, fino a toccare col suo apice la superficie posteriore della cornea. Una parte della zona pupillare non era compresa nel tumore ed aveva la forma e la grossezza normale, veniva però talmente spinta verso il centro pupillare, da protrudere arcuatamente nel circolo pupillare. La detta porzione d'iride si manteneva nella stessa posizione anche nella midriasi prodotta dall' atropina, sebbene non avesse contratta aderenza colla capsula. La parete anteriore della cisti, verso la parte mediana di essa, era formata dal tessuto normale dell'iride; nel rimanente il tessuto dell' iride era talmente rarefatto dallo stiramento, che solo alcuni resti di essa coprivano il tumore da avere l' aspetto al rischiaramento laterale, di un tessuto vescicolare, grigiastro, semitrasparente. A motivo della poca trasparenza, non si poteva distinguere della parete interna della cisti, che un certo qual riflesso giallognolo. Dirigendo il rischiaramento focale entro l'orlo pupillare esterno, si vedeva benissimo la superficie posteriore del tumore, ricoperta dal tessuto uveale normalmente bruno, che si spingeva contro la faccia esterna della lente. La cisti appariva perciò come incastrata fra due lamelle dell' iride. La lente ed il rimanente del bulbo, erano perfettamente sani, solo notavasi una parziale finissima injezione pericorneale in corrispondenza alla sede del tu-

more ed un circoscritto intorbidamento del tessuto corneale, in corrispondenza alla superficie anteriore del tumore. La facoltà visiva quasi normale con astigmatismo prodotto dalla posizione inclinata della lente; la quale per la pressione della superficie posteriore della ciste, aveva dovuto subire una rotazione secondo il suo asse verticale e perciò produrre un aumento di refrazione nel meridiano orizzontale. L'accomodazione normale.

La cisti venne escisa alla maniera di Arlt. La parete anteriore delle cisti punta col cheratotomo, lasciò sortire un umore che non si distingueva dall'umor acqueo, indi afferratala colla pinzetta la si distaccò in totalità con alcuni tratti di forbice, risultando così un coloboma irideo come nell' iridectomia, che non raggiungeva però il margine cigliare. Guarigione completa dopo otto giorni, con facoltà visiva normale e scomparso l'astigmatismo.

L'esame anatomico del pezzo, diede un risultato presso a poco eguale a quello delle cisti sierose, da causa traumatica come vennero descritte.

L' Autore ebbe ad osservare un altro caso di uno sviluppo di ciste sierosa eguale a quella descritta, ma che non venne operata e che tuttavia, sebbene la signora che ne era affetta asserisse di avere urtato con un occhio contro un angolo di un tavolo, pure non ricordandosi essa, quale dei due occhi fosse l'offeso e non avendo nemmeno avuto bisogno di trattamento curativo ed in ogni modo, non essendo avvenuta apertura delle pareti bulbari e quindi impossibile l'introduzione di elementi eterogenei nell' interno del bulbo, l'Autore si crede autorizzato e ritenerla anche questa sviluppatasi spontaneamente.

Ueber Neuritis migrans und ihre Folgezustände. (*Sulla Neuritis migrans e sue conseguenze*); del dott. W. Niedieck. (*Arch. f. experiment. Path. und Pharm.* e *Klinische Monatsbl.* December 1877, pag. 441).

Le osservazioni sopra la diffusione del processo infiammatorio nei nervi, secondo l'Autore, sarebbero finora tre sole. Dapprima Tiesler dimostrò il propagarsi della neurite negli esperimenti sugli animali. In seguito Feinberg non solo confermò tali osservazioni, ma ottenne altresì in 10 animali il passaggio dell'infiammazione del nervo al midollo spinale. Per ultimo Klemm trovò che il processo infiammatorio dal punto originario della lesione, si avvanza in ambedue le direzioni quando incontra il tronco nervoso e quando gli apparati terminali sono lesi, si diffonde dal centro verso la periferia e dalla periferia al centro.

L'Autore si è proposto di ripetere le esperienze dei detti Autori e di investigare in seguito all' irritazione di un nervo ischiatico, l' azione dell'irritazione infiammatoria periferica, sull'organo centrale e sull'altro ischiatico.

A tale intento s' istituirono 6 esperimenti sopra conigli, il cui risultato si fu il passaggio dei fenomeni paralitici all'arto inferiore opposto o la paralisi di tutta la metà posteriore del corpo. All'esame anatomopatologico si trovò che l'infiammazione si era diffusa più spesso in alto,

ed in un solo caso, in basso. Nell'infiammazione ascendente, si rinvenne la prima alterazione, là dove il nervo passa attraverso al canale osseo. La parte di nervo intermedia era perfettamente intatta. Altre alterazioni si rinvennero nel punto di escita del plesso nervoso dalla colonna vertebrale. Dal nervo ischiatico originariamente affetto, l'infiammazione attraverso alla colonna vertebrale, si propagò all'altro ischiatico, giacchè al punto di uscita di quest' ultimo si notava costantemente un rigonfiamento e nel tragitto attraverso al canale osseo, eravi rossore e gonfiezza.

In base alle dette osseevazioni è probabile (secondo il referente) che l'ottalmia simpatica, trovi la sua spiegazione in un processo analogo che si produce nei nervi cigliari.

Retino-choroidite liée a la présence d'un corps etranger fixé depuis quatre mois sui la conjonctive palpebrale superieure. (*Retino-coroidite dovuta alla presenza d'un corpo straniero da quattro mesi fissato sulla congiuntiva palpebrale superiore*); del dott. Badal. (*Gazette médicale*, janvier 1877).

L'Autore riporta prima un caso di amaurosi simpatica da ferita del nervo sopraorbitale:

Un operajo tagliando della legna, venne côlto de una piccola scheggia, che andò ad infiggersi sotto la pelle del sopracciglio e non essendo stata estratta, vi si era incapsulata. Un giorno il soggetto essendosi accorto, che la vista andava rapidamente deteriorando dal lato affetto, si decise a presentarsi alla Clinica.

Immediatamente al disopra del sopracciglio, si notava la presenza di un corpo straniero, duro, appiattito, situato sul tragitto del nervo sopraorbitale e mobile colla pelle che lo ricopriva. Mediante un' incisione si estrasse una scheggia di legno, della lunghezza di 7 mm. circa e della larghezza di 3 mm.

L'acutezza visiva eccellente dal lato sano, era ridotta ad 1[5 dal lato affetto. Coll'ottalmoscopio si constatò la presenza d'una neuro-retinite, L'ammalato però non accusava, che una nebbia che gli intorbidava la visia.

Dopo tre settimane di cura, l' acutezza visiva era giunta a 2[3 e lo stato del fondo andava rapidamente migliorando, al punto che l'ammalato ritenendosi guarito, non comparve più alla visita.

La massima parte delle osservazioni di tal genere di malattia, risalgono ad epoca anteriore alla scoperta dell'ottalmoscopio, motivo per cui l'Autore ha creduto di riferire il caso sopradescritto, crede però che non esistano registrati casi di amaurosi consecutive alla presenza di un corpo straniero sulla congiuntiva palpebrale.

Un falegname andando contro vento, ad un tratto ebbe la sensazione di qualche cosa, che gli era penetrato nell'occhio destro. Malgrado il disturbo e l' irritazione prodotta dalla presenza del corpo straniero, egli non si decise a farne fare l'estrazione e continuò per quattro mesi nelle

sue consuete occupazioni e non fu che la diminuzione nella facoltà visiva, che lo decise a ricorrere alle persone dell'arte.

L'Autore riscontrò una moderata injezione della congiuntiva ed alla parte superiore della cornea, un *pannus tenuis*, che a tutta prima ritenne poter dipendere o da granulazioni o da concrezioni calcari delle ghiandole Meibomiane. Rovesciata la palpebra superiore, scoperse una sottilissima pellicola, nera, di un millimetro di diametro circa i tutti i sensi situata sulla congiuntiva a livello del bordo superiore del tarso e che con tutta facilità, venne levata con una tenta, ma che sgraziatamente andò perduta, per cui non si potè conoscerne la natura.

L'acutezza visiva normale nell'occhio sinistro, era di 1|4 nel destro.

Nessuna durezza del bulbo; la camera anteriore, l'iride ed il cristallino, non presentavano niente di particolare. La parte superiore della cornea era vascolarizzata e scabra, ma l'alterazione non raggiungendo l'apertura pupillare, non poteva avere influenza alcuna sull'acutezza visiva.

L'esame ottalmoscopico mostrava l'esistenza di numerosi corpuscoli mobili del vitreo; la papilla intorbidata, leggermente infiltrata, a contorni diffusi.

Lo strato epiteliale della coroidea era in preda ad una dissociazione pigmentare avanzata, in tutta l'estensione di questa membrana.

L'Autore si domanda, è egli possibile di mettere in dubbio la relazione da causa ed effetto esistente tra l'affezione del fondo oculare e la presenza del corpo straniero nella conginntiva? Una coincidenza sarebbe ben singolore. Si potrebbe è vero discutere la questione se si tratava in questo caso d'un'ottalmia simpatica propriamente detta, o d'una semplice propagazione dell'infiammazione della congiuntiva o della cornea, alla coroide ed al nervo ottico. Si deve osservare però, che la lesione locale fu poco importante per sè stessa, non determinò che una debole reazione e che è estremamente raro il caso, di vedere la malattia propagarsi all'emisfero superiore anche nei casi molto più gravi.

Extraction de la cataracte sans iridéctomie. (*Estrazione della cataratta senza iridectomia*); del dott. Badal. (*Gazette médicale*, mars 1877).

L'Autore presenta ai membri della Società di Biologia un ago ed un coltello lanceolare, destinati all'estrazione della cataratta col metodo seguente:

Primo tempo. — Introduzione dell'ago all'unione della cornea colla sclerotica ed all'estremità esterna del diametro trasverso, se si propone di fare l'estrazione al lato esterno. Discisione della capsula; ritiro dell'ago.

Secondo tempo. — Per la piccola ferita praticata dall'ago, introduzione d'un coltello lanceolare a punta ottusa, che basta spingerlo parallelamente al piano dell'iride fino al punto diametralmente opposto all'apertura d'entrata, per avere una sezione di 8 mm. e mezzo di lun-

ghezza alla sua parte interna. La forma e la grandezza del coltello furono calcolate in modo da ottenere questo risultato.

Terzo tempo — Ritiro lento del coltello ad eccezione della punta ottusa, che mantiene in sito l'iride per impedirne la procidenza. Espulsione del cristallino. Badal sopprime il blefarostato. L'assistente tiene divaricate le palpebre.

Études sur le decollement de la membrane hyaloidienne. (*Studj sul distacco delta jaloidea*); del dott. Galezowski. (*Gazette médicale*, avril 1877).

Finora l'Autore ebbe cinque volte l'opportunità di osservare questa malattia, che esso considera non già come una complicazione del distacco retinico, ma bensì come malattia a sè, che si sviluppa in una maniera spontanea, in occhi affetti da miopia di grado fortissimo ed in cui la retina può restare completamente intatta ed al suo posto.

Dei tre casi di cui riporta la storia, riassumeremo solo i due ultimi, comecchè presentano osservazioni più complete ed accentuate per i caratteri distintivi per cui quest' affezione differisce dal distacco retinico, col quale tuttavia conserva molta rassomiglianza.

M. M., d'anni 50, impiegato, accusava un indebolimento di vista dell'occhio destro, manifestatosi quasi improvvisamente, sei settimane prima. La sua vista era sempre stata fortemente miope e già da molti anni, si serviva di occhiali del N. 3 concavo. All' esame istituito l'Autore constatò, che la densità dell'occhio ammalato era leggermente aumentata, la pupilla sembrava meno mobile, che nell'occhio sano. L'acutezza visiva era sensibilmente diminuita e l'ammalato difficilmente poteva leggere il N. 2 della scala tipografica. L'ammalato asseriva che gli oggetti gli apparivano ondulati, diffusi e come nuotanti nell' acqua. Il campo visivo era diminuito concentricamente, massime dal lato nasale. I colori erano distinti perfettamente.

All'esame ottalmoscopico si vedeva il fondo coperto da larghe macchie atrofiche peripapillari della coroidea, che si confondevano collo stafiloma posteriore. Alla distanza d' un diametro della papilla, si vedeva un arco di cerchio grigiastro contornante la papilla nei due terzi di sua circonferenza e sempre alla stessa distanza. Questa macchia semilunare si presentava con contorni ben delimitati alla sua faccia esterna, nel mentre che appariva diffusa alla sua parte interna verso la papilla. In pari tempo presentava un rigonfiamento in maniera, che i vasi retinici formavano un ginocchio al livello del cerchio nero.

A momenti la retina appariva più distinta ed a momenti alquanto velata in vicinanza alla papilla.

Facendo muovere la luce dall'alto al basso e da destra a sinistra, si vedeva la macchia grigia allontanarsi più che la papilla e la retina, il che prova che la macchia circolare, si trovava ad un livello differente dalla retina, molto più vicina al cristallino. Verosimilmente dunque era la jaloidea spinta in avanti da un liquido sieroso.

Osserv. 2.ª — M. M., d'anni 55, si fece visitare la prima volta il 19 dicembre 1876 per un indebolimento della vista sopravvenutogli a seguito di una caduta da un veicolo che gli ebbe poi a passare attraverso il corpo; dopo due mesi la vista s'indebolì in modo assai rapido e continua ancora a deteriorare. La sua vista fu sempre miope in alto grado e fino al 10.° anno di età, portava occhiali N. 3 ed a 20 anni prese il 2. 1[2 e discese poi fino al N. 1.

I suoi occhi erano duri, pupilla discretamente dilatata, reagiva molto bene all'azione dell'atropina. L'acutezza visiva notabilissimamente diminuita al punto che il suo occhio sinistro (il migliore) leggeva difficilmente il N. 5 della scala tipografica. Il campo visivo ristretto all'interno a 15 cent.

All'esame ottalmoscopico i due occhi presentavano la stessa apparenza ma di grado differente. Si trattava di occhi affetti da atrofia coroideale molto estesa. Ma allorchè si voleva esaminare la papilla, sia dell'uno che dell'altro occhio, si era disturbati da una specie di velo grigiastro trasparente, che terminava in vicinanza alla papilla sotto forma di una linea grigia ben delimitata. Coi movimenti dell'occhio o dello specchio, si constatava che questo velo, col suo margine delimitato si spostava di più, che le parti periferiche del fondo oculare. I vasi della papilla non subivano modificazione nella loro direzione, se non al margine del contorno grigiastro. Colà scomparivano quasi completamente e non potevano essere seguiti che in una direzione tutta differente, dove diminuivano altresì di volume. Tale disposizione non esisteva nei vasi che si portavano al basso.

La papilla era mal distinta in causa di questa nube. Il cristallino inoltre era opacato principalmente negli strati corticali posteriori.

Dopo l'accidente sofferto, l'ammalato non poteva quasi più condursi da sè, ma distingueva facilmente gli oggetti posti davvicino.

L'Autore riassume così i sintomi di questa malattia e secondo i quali si potrà stabilire la sua diagnosi nel suo principio:

1.° La malattia si manifesta negli occhi fortemente miopi, in individui che impiegano lenti di N. 10 o 20 diottrie.

2.° Atrofie coroideali generalizzate occupano per lo più il segmento posteriore dell'occhio.

3.° In seguito all'operazione di cataratta con perdita considerevole di vitreo, il distacco della jaloide, può verificarsi senza che vi sieno atrofie coroideali.

4.° La malattia si manifesta in modo rapido.

5.° Il campo visivo si trova diminuito concentricamente, ma in maniera molto più marcata dal lato nasale.

6.° L'acutezza visiva è diminuita; gli oggetti appajono ondulati e come notanti nell'aqua.

Pel trattamento di questa affezione l'Autore si propone di praticare una punzione attraverso la sclerotica, con un ago che intende spingere

fino alla borsa jaloidea, per aprirla e metterla in comunicazione tra il sacco sottojaloideo ed il corpo vitreo stesso, non si avrà più a temere che questo liquido sieroso trovandosi in contatto diretto colla retina, vi provochi delle alterazioni di nutrizione, che sarebbero fatali per la vista.

Focometre. (*Focometro. Société de Biologie*); del dott. Badal. (*Gazette médicale*, avril 1877).

L'Autore presenta alla Società di Biologia il suo focometro basato sullo stesso principio dell'ottometro e che ne differisce per il minor costo dello stromento e per la sostituzione di un semplice vetro opaco, alla placca di prova fotografica.

La lente di cui si cerca la distanza focale, s'applica contro l'apertura del tubo che nell' ottometro costituisce l'oculare; l' osservatore si pone dal lato opposto, alla distanza che gli sembra più conveniente per la sua vista.

Il focometro non è quindi che un ottometro rovesciato.

L'istromento presenta il vantaggio che l' esperimentatore sia miope, ipermetropo, astigmatico o presbite non ne deve tener conto; non occorre nessun calcolo, tutto si riduce a cercare la posizione la più esatta possibile d'una placca di vetro opaco, sulla quale viene a dipingersi l'immagine di un oggetto lontano (un albero, ecc.) veduto attraverso alla lente che si trova fissata nel tubo. La forza rifrangente di questa seconda lente e la sua distanza dal punto ove si collocano le lenti da provarsi, furono determinate col calcolo in maniera, che la placca di vetro opaco, si sposta regolarmente di un millimetro per ciaschedun quarto di diottria metrica, che corrisponde alla più leggier differenza fra due numeri consecutivi delle nuove cassette da prova degli oculisti. Il N. 1 della gradazione corrisponde alla lente della diottria (1|36 antico), il N. 2 alla lente di due diottrie (1|18 antico).

Coll'ajuto di questo focometro, chiunque può apprezzare delle differenze di 1|3 ed anche di 1|5 di diottria (1|80 antico) vale a dire molto minori che il numero antico il più debole.

L'istromento presenta la particolarità interessante, che la grandezza dell'immagine che si forma sulla placca opaca, resta costante per la stessa distanza dell' oggetto, qualunque sia la lente di cui si ricerca il numero.

Du nystagmus chez les mineurs. (*Nistagmo dei minatori*); del dottor Dransart. (*Annales d'Oculistique*, settembre et ottobre 1877).

Quando l'ammalato è allo stato di riposo e tiene gli occhi fissati al dissotto del piano orizzontale, non si nota niente di anormale. Il nistagmo appare alloraquando la linea dello sguardo è diretta al dissopra del piano orizzontale. Il fenomeno consiste in un movimento di va e vieni della cornea, da cui ne risultano due qualità di oscillazioni, che si combinano e si alternano molte volte nello stesso soggetto.

Per tutto il tempo di loro durata, la vista è alterata e tutti gli oggetti, che si trovano davanti agli occhi, si muovono nel senso delle oscillazioni.

Il numero di queste oscillazioni varia da 50 a 140 al minuto e sono più rapide, quando il soggetto travaglia in certe condizioni di elevazione dello sguardo.

La direzione dei globi oculari al dissopra del piano orizzontale, vale a dire l'entrata in azione del gruppo elevatore dei muscoli dell'occhio (retto superiore, piccolo, obliquo e retto interno), è la causa efficiente delle oscillazioni. La posizione elevata degli occhi che risulta, sia dal lavoro, detto alla vena, sia dal dover percorrere le gallerie insufficientemente elevate, eccita le oscillazioni, disturba la vista al punto, che il minatore finisce per non più vedere ed è obbligato di riposarsi e di dirigere lo sguardo al basso. I movimenti del corpo aumentano il nistagmo e bastano a suscitare le oscillazioni, la semplice rotazione del capo basta a produrle, ma desse si arrestano immediatamente, se gli occhi non sono diretti al dissopra del piano orizzontale.

Infine, esercitano un'influenza sullo sviluppo del nistagmo, l'azione della viva luce e l'oscurità, nonchè lo stato generale del soggetto come, per esempio, l'imbarazzo gastrico, l'angina, una leggier bronchite e gli eccessi alcoolici. L'Autore a tale proposito ha osservato che nel giorno istesso dell'eccesso alcoolico, l'affezione nistagmica è meno sensibile, analogamente a quanto si ebbe ad osservare nel delirium tremens.

È caratteristico circa l'abito esterno del nistagmico il suo incedere col capo arrovesciato un po' all'indietro e nella generalità dei casi gli ammalati sono affetti da anemia, disturbi gastrici, palpitazione ed un complesso di sintomi, che dinotano una generale decadenza.

I nistagmici poi si lagnano tutti di mal di capo, in ispecie durante il travaglio accompagnato da sensazione di gonfiore e bruciore agli occhi, simile a quelli dell'astenopia muscolare, dovuta all'ipermetropia ed all'insufficienza del retto interno.

Per rapporto allo stato della visione in un certo numero di casi avvi diplopia e in tutti l'Autore potè constatare, l'insufficienza dei retti interni, più la paralisi del retto superiore e piccolo obliquo e difetto nell'accomodazione, che in alcuni era ridotta ad 1|2.

La refrazione nulla offre di anormale e l'acutezza visiva cessato l'accesso è considerevolmente diminuita, nella maggior parte dei casi potendo essere valutata ad 1|3 ed anche 1|2. All'ottalmoscopio non si riscontra alcunche di anormale, però un tale esame produce quasi sempre l'accesso e si vede in allora la papilla agitata da destra a sinistra e dall'alto al basso.

L'affezione si presenta in genere collo stesso tipo, in alcuni casi però le oscillazioni variano per ciaschun occhio ed in allora sopratutto si manifesta la diplopia. In un caso citato dall'Autore, il soggetto soffriva tutti i disturbi proprii del nistagmo, senza che fosse dato di constatare

de visu le oscillazioni caratteristiche. Il decorso della malattia è lento progressivo, a meno che l'ammalato non cessi dal lavoro e può durare dai 5 ai 6 anni ed anche di più.

Il pronostico è piuttosto buono, tuttavia se la lesione non viene curata, oppure se il soggetto continua nelle sue occupazioni alla miniera, può darsi che la vista finisca per alterarsi.

La diagnosi è sempre facile, bastando di produrre l'accesso facendo dirigere lo sguardo in alto.

Per rispetto all'etiologia l'Autore, in vista che gli operaj alla vena, sono pressochè gli unici che presentano i disturbi visivi descritti e che dessi appunto sono destinati ad un lavoro, che li obbliga a tenere la linea dello sguardo al dissopra del piano orizzontale degli occhi, esclude ciò che da molti è ammesso, che la causa produttrice del nistagmo possa dipendere dal diffetto d'aria e dall'oscurità.

L'Autore in seguito passate in rivista le teorie di Boehm, di Decondé, Stellwag, Arlt, Kügel, Javal Gadaud relative alla patogenia del nistagmo è d'opinione che nessuno spiega il nistagmo dei minatori.

Dallo studio delle proprie osservazioni, trovasi indotto ad ammettere l'esistenza dei tre fattori seguenti:

1.° l'impotenza funzionale di alcuni muscoli, che si estende tal fiata fino alla paralisi;

2.° la paralisi dell'accomodazione;

3.° l'anemia (1).

Per la cura consiglia di combattere l'anemia coi ferruginosi e la china. Inoltre di dare tonicità alle fibre muscolari colla stricnina e la elettricità e oltracciò si potranno avere dei vantaggi dall'applicazione delle doccie generali ed oculari.

Congrès periodique international des sciences médicales 5.^{e} session. Geneve 1877. (*Compte-rendu de la section d'ophtalmologie*); del dottor WARLOMONT. (*Annales d'oculistique*, septembre e octobre 1877).

La sezione d'ottalmologia al Congresso df Ginevra tenne quattro sedute. Innanzi tutto si pronunciò sulle due questioni che il Comitato aveva portato nel suo programma. La prima era così formulata: Indicazioni dell'enucleazione del bulbo oculare, nei suoi rapporti coll'ottalmia simpatica. Il relatore ne era Warlomont.

Il relatore incominciò dal rammentare che nel Congresso d'ottalmologia di Londra (1872) egli si era proposto di far votare delle conclusioni pratiche circa tale questione, ma che i suoi sforzi andarono perduti per mancanza di uno studio sufficiente del soggetto. Desso insta che la discussione pel momento, si limiti a fornire agli specialisti dei precetti appoggiati ad un' alta autorità, onde possano essere invocati in

(1) In conclusione il nistagmo dei minatori si dovrebbe definire; *una miopatia degli elevatori e del retto interno, intimamente legata all'anemia ed alla paralisi dell'accomodazione.*

caso di dissensi fra i curanti, salvo a discutere in seguito, se occorrerà sui differenti punti della dottrina riguardante l'ottalmia simpatica.

Coppez apre la discussione collo stabilire che allorquando una diatesi qualsiasi, produsse la perdita d'un occhio, bisogna essere molto riservati nell'enucleazione di quest'ultimo, inquantocchè la sua ablazione potrebbe essere seguita da un'affezione della stessa natura, pericolosa per l'altro occhio.

Dopo una lunga discussione alla quale presero parte Fienzal, Critchett, Galezowski e Mayer, la sessione adotta gli articoli seguenti:

1.° Gli accidenti simpatici, consecutivi ai traumatismi dell'occhio sono primitivi o secondarj. I primi si presentano pochi giorni dopo l'accidente; gli altri in un tempo più o meno lungo, dopo che il ferito ha passato il momento dei primi accidenti risultanti dall'azione traumatica.

2.° Quando un occhio è stato distrutto per una causa traumatica e che ogni speranza è perduta di un possibile ristabilimento di una vista utile, sarebbe rendere un segnalato servizio al ferito di sbarazzarnelo, seduta stante, mediante l'enucleazione, previa l'anestesia. Si evitano così le conseguenze immediate del traumatismo, ottalmiti, ecc., e si restituisce si può dire da un giorno all'altro l'ammalato alle sue occupazioni e lo si preserva dagli accidenti consecutivi.

3.° Quando un occhio perduto per una causa locale, traumatica od altro, in cui il moncone trovasi in preda ad una sensibilità continua od intermittente o ad uno stato infiammatorio acuto o cronico, o in cui risieda un corpo straniero, oppure il cristallino cretaceo, l'enucleazione è indicata come un mezzo preventivo, anche mancando qualsiasi manifestazione simpatica.

4.° L'enucleazione d'un occhio perduto, anche se completamente esente da dolore è ancora indicata (il che è possibile anche in queste condizioni) se il secondo occhio divien sede di sintomi attribuibili alla simpatia.

La seconda questione riguardava l'etiologia e la profilassi della miopia, relatore Haltenhoff.

Alla discussione presero parte Galezowski, Dor, Haltenhoff e tutti convennero su questo punto, che se l'ottalmoscopio è il mezzo più sicuro per diagnosticare l'esistenza della miopia (Landolt), non bisogna contarvi sopra per misurarne il grado. In seguito la sessione adottò gli articoli seguenti:

1.° Le cause ordinarie della miopia sono l'eredità e la fatica oculare di cui l'influenza può essere isolata o combinata.

2.° L'ipermetropia si può trasformare in miopia assile, sotto l'influenza della fatica oculare, passando per l'emmetropia e la miopia di curvatura.

3.° I progressi della civilizzazione e sopratutto dell'istruzione tendono ad aumentare l'estensione della miopia.

4.° La predisposizione alla miopia acquisita è sovente, ma non sem-

pre ereditaria. L'influenza della razza su questa predisposizione è quistione ancora aperta.

5.° Nella fatica oculare tre fattori principali concorrono, negli individui predisposti a produrre le lezioni anatomiche della miopia progressiva; questi sono in ordine alla loro importanza l'accomodazione, la convergenza degli atti visuali e la congestione oculo-cefalica.

6.° Le condizioni d'età, di rischiaramento di durata nelle quali s' effettua la fatica oculare, così pure la natura degli oggetti fissati e lo stato dell'apparecchio visivo stesso, influiscono potentemente sullo sviluppo della miopia.

7.° La profilassi della miopia comporta un insieme di misure d'igiene individuale, scolastica e domestica, in gran parte realizzabili col concorso dei medici, del corpo insegnante e delle autorità. Bisogna contare in queste misure l' uso delle lenti convesse per il lavoro, negli ipermetropici.

Comunicazioni diverse. — Landolt legge una nota sui rapporti esistenti fra l'acutezza visiva e la percezione dei colori al centro ed alle parti eccentriche della retina.

La percezione delle forme e la percezione dei colori diminuiscono, sia che si diminuisca il rischiaramento per la fossetta centrale, sia che vi si allontani dal centro verso la periferia. L'Autore si è posta la questione, se i rapporti che esistono fra la percezione delle forme e quella dei colori, restano le stesse, in altri termini se le funzioni delle parti eccentriche della retina, sono eguali a quelle del centro al rischiaramento ristretto. Mediante una serie d'interessanti esperimenti venne alla conclusione, che *le funzioni d'una parte eccentrica della retina, non sono eguali a quelle del centro a rischiaramento ristretto, ma che al centro la percezione delle forme è superiore, nel mentre che nel rimanente della retina e la percezione dei colori che è relativamente più sviluppata.*

Dor comunica un lavoro sulla *cataratta diatesica* nel quale, dopo uno studio approfondito della cataratta *diabetica*, si occupa della cataratta *fosfatica* di cui ne ha osservati otto casi. I casi osservati provano che la cataratta fosfaturica è relativamente frequente, per cui d' ora in avanti, deve prender posto nel quadro nosologico delle cataratte, come cataratta diatesica, parimenti come la diabetica.

Landolt fa la dimostrazione del suo occhio artificiale e del suo ottalmometro. Il primo di questi apparecchi consiste essenzialmente in una cornea di 5 mill. di raggio di curvatura, in forma di sistema rifrangente, è riempita d' acqua. La retina è rappresentata da un vetro opaco graduale, sul quale vengano a dipingersi le immagini degli oggetti esterni, colla stessa chiarezza e ad 1|10 circa colla stessa grandezza che nell'occhio umano. Raccorciando ed allungando l'occhio, gli si possono dare tutti gli stati di refrazione, da un'ipermetrapia di 10 D fino ad una miopia di 10 D passando per l'emmetropia. Inoltre si può produrre l'accomodazione almeno per una data distanza.

Per l'ottalmoscopia si pone sul fondo dell'occhio un oggetto, qualunque suscettibile d'essere osservato all'ottalmoscopio e di cui si possa ricevere e misurare l'immagine capovolta su di un vetro opaco.

L'*ottalmometro* di Landolt è destinato a misurare la grandezza di certe parti dell'occhio e specialmente a determinare la grandezza delle immagini di riflessione, che forniscono le superfici rifrangenti per dedurne il raggio di curvatura.

L'istromento riposa sul seguente principio. Si decompone l'oggetto a misurarsi, osservandolo attraverso ad una combinazione di prismi. Questa combinazione di prismi, dall'Autore chiamata diplometro è mobile su di un'asta graduata. La si avvicina all'oggetto fino a che le doppie immagini si tocchino coi loro bordi opposti. In questa posizione il diametro dell'oggetto è indicato dal grado dell'asta, al quale corrisponde il diplometro.

Per misurare il raggio di curvatura della cornea, si adoperano due lampade pendenti alle estremità di una sbarra di un metro di lunghezza, che gira attorno al suo centro e che è distante egualmente di un metro dall'occhio esaminato. In queste condizioni la grandezza dell'immagine delle due fiamme, riflesse da una superficie sferica (la cornea, per es.), è giusto la metà del raggio di curvatura di questa superficie. In tal modo si ottiene colla più grande facilità il raggio di curvatura di qualsiasi meridiano della cornea.

Haltenhoff riferisce l'osservazione di un paziente, che in seguito ad un traumatismo ebbe un'irideremia totale con afachia. In questo soggetto si vedeva il fondo dell'occhio senza l'ottalmoscopio; il rischiaramento focale faceva vedere nettissimamente un'immagine diritta più piccola di quella che si osserva d'ordinario.

Galezowski richiama l'attenzione su certi disturbi visivi consecutivi alla micrania, ch'egli considera come delle nevrosi oculari periodiche e che sono sopratutto caratterizzate dall'emiopia. Ne cita 21 osservazioni, nelle quali egli credette rimarcare una concomitanza colla gotta e l'isteria.

Warlomont affetto lui stesso da questo sintoma da 17 anni, lo vede sopravvenire però tutti i mesi senza causa precisa; tutt'ad un tratto egli cessa di vedere durante la lettura od in piena passeggiata, tutta la metà sinistra della parola d'un libro o d'un'insegna. Questo stato dura da qualche minuto a parecchie ore e va migliorando in generale assai rapidamente, col decubito molto basso e cogli occhi chiusi. Egli ha rimarcato che l'azione d'una luce viva, specialmente sull'occhio sinistro contribuisce a provocare gli accessi, che sembrano altresì favoriti dallo stato saburrale dello stomaco. Non ebbe del resto mai emicrania e non ha mai considerato questo stato, che come uno di quei mille sintomi cerebrali, ai quali l'umanità è esposta e non saprebbe vedervi una nevrosi speciale.

Dufour ha osservato ed osserva ancora questo stato, sul proprio fra-

tello; l'emiopia è accompagnata da lampi e da vertigini quasi continue ma anche durante l'accesso l' ottalmoscopio non rivela alcun disturbo circolatorio dell'occhio. Egli ha rimarcato, che tutti coloro che presentavano questo sintoma, erano dediti ai lavori intellettuali assidui. In quanto alla cura, si limita a dire che suo fratello evita il mal di capo coll'applicazione delle compresse fredde sulla fronte e la regione mastoidea. L'impiego della tintura di coca sembra allontanare le crisi.

Mayer fa rimarcare che il detto sintoma venne diggià descritto da molto tempo, sotto il nome di *Visus dimidiatus*, che si distingue dall'emiopia propriamente detta, perchè in alcuni casi non esiste che in un solo occhio.

Jacquemet legge una comunicazione sulla percezione di una sfumatura, endoculare che in alcuni soggetti affetti da sifilide o d'albuminuria, si osserva alla mattina solamente e di un leggier pallore dei vasi retinici, che scompajono nella giornata.

Georges Martin legge una Memoria sulle cause ordinarie d'insucesso nell' estrazione della cataratta Morgagnana e dei mezzi di trionfarne. In questo genere di cataratte bisogna preferire la sezione cheratica, riunita nello stesso tempo colla cistotomia per transfissione. Egli adopera per ciò un piccolo coltello lineare, terminato da una punta curva. Per rendere beante l'apertura capsulare, la pressione deve portarsi sul labbro superiore dell' incisione corneale, in modo da deprimere in pari tempo il segmento della cristalloide, che si trova al dissopra della ferita fatta a questa membrana La forte resistenza della cristalloide e la debole aderenza di quest'ultima alla jaloidea, sono circostanze favorevoli a questo modo di estrazione.

Fienzal parla dell'*iridectomia preventiva nel glaucoma*, vale a dire dell'opportunità d'applicare questa operazione, su di un occhio completamente sano in realtà od in apparenza, quando il suo congenere ha subito un attacco di questa affezione. Riporta nove osservazioni tolte dalla sua Clinica, dove l'iridectomia preventiva venne praticata senza essere seguita dalla più lieve complicazione. Mayer e Dor si dichiarano favorevoli a questa pratica ed in seguito anche Critchett, non così Martin, il quale è convinto che l' iridectomia nel glaucoma, agisce per filtrazione, la quale deve essere in rapporto colla tensione endoculare, per cui in un occhio sano non affetto da tensione endoculare esagerata, l'iridectomia sarebbe per lo meno inutile. La sessione si pronuncia dell'avviso che *l'iridectomia preventiva si giustifica in certe circostanze.*

Coppez legge una nota sulle relazioni che esistono fra certe malattie dell'orecchio e dell'occhio, concludendo che, *sia che l' ottalmia riflessa provenga dal traumatismo dell'occhio congenere, sia che derivi da quello di altri organi animati dal nervo trigemino, denti, orecchie, ecc., le lesioni anatomiche possono essere identiche ed il risultato per l'occhio affetto dall'azione riflessa egualmente disastrosi nell' uno e nell'altro caso.*

Con ciò l'opinione popolare che attribuisce alcune malattie degli occhi alla guarigione intempestiva delle malattie dell'orecchio, sarebbe sovente giustificata.

Alla discussione prendono parte Critchett, Mayer, Warlomont, Pamard e Libbrecht. I tre primi dichiarano di non aver mai veduto malattie simpatiche degli occhi attribuibili alla presenza di corpi stranieri negli orecchi, come pensa Coppez, e Pamard ammette che la soppressione di un'ottorrea potrebbe agire sfavorevolmente sull'occhio, ma come la soppressione di altri emontorj. Libbrecht pensa che l'ottorrea coincide frequentemente colle ottalmie nei soggetti scrofolosi e coll'eczema facciale ed egli è del parere, che si debbano guarire tanto l'una che l'altra di queste affezioni, salvo a ricorrere ai revellenti per impedire i possibili effetti sull'occhio di una soppressione troppo rapida dello scolo.

Critchett a tale intento dà la preferenza ai piccoli setoni di un doppio filo di seta, sia alla tempia, sia alla regione mastoidea.

Libbrecht presenta il modello delle *ciseaux a ecrasement* per l'iridectomia nei casi d'iritide o d'iridocoroiditi affine di evitare l'emorragia, che in queste condizioni suole avvenire per la condizione dell'iride resa più vascolare dal processo infiammatorio.

Wyss ricorda le esperienze conosciute sullo sviluppo dei bacterj nella cornea, esperienze che nelle sue mani non diedero gli stess. risultati. In certi casi egli potè passare il suo filo *putrido* nella cornea, senza vedere svilupparsi bacterj, nel mentre che li vide prodursi dopo l'introduzione d'un filo *pulito* ed anche dopo di aver fatto una semplice ferita alla cornea, con un coltello preventivamente disinfettato. Da ciò ne deduce, che non avvi rapporto fra il grado dell'infiammazione e la vegetazione bacterica.

Javal fa la dimostrazione del suo ottometro.

Magnan fa una comunicazione sulle atrofie papillari.

Esaurito l'ordine del giorno, viene addottata la proposta di ritornare sopra alcuni punti attinenti alle questioni del programma e Javal comunica alla sessione alcune idee *sul meccanismo della miopia progressiva* che lo conducono ad enunciare le seguenti conclusioni:

1.° Col mezzo di lenti diverse bisogna correggere colla massima cura l'anisometropia nella miopia leggiera.

2.° Conviene più lasciar sussistere questa anisometropia, che di correggerla parzialmente.

3.° Tutte le volte che una miopia è sospetta di presentare un carattere progressivo, bisogna interdire assolutamente di lavorare con delle lenti, che portassero il punto prossimo al di là della distanza, ove la lettura è possibile.

4.° Quando la miopia oltrepassa cinque diottrie, bisogna prescrivere degli occhiali per la lettura, ma questi occhiali devono essere tali, che il loro impiego non sia accompagnato da alcun sforzo d'accomodazione se la miopia è progressiva.

5.° Quando la miopia raggiunge circa dieci diottrie sopratutto se coll'acutezza visiva è cattiva, bisogna sopprimere gli occhiali per la lettura e raccomandare di non far uso, che di un sol occhio per volta. Inoltre l'ammalato deve essere prevenuto di prendere cura di muovere il libro in maniera, di evitare le variazioni d'accomodazione.

6.° Nella miopia fortissima, quando l'acutezza visiva è discreta, conviene spesso di prescrivere delle lenti per la lettura monoculare.

Critchett rientrando nella questione delle ferite dell' occhio e delle loro conseguenze, pone i principii seguenti:

1.° Quando si è convinti che un grano di piombo è rimasto nell' occhio, se non lo si può estrarre rispettando sufficientemente le parti, perchè l'organo così doppiamente tormentato, conservi o riacquisti un grado utile di vista, il che non arriverà quasi mai, bisogna enucleare l'occhio, anche se fosse senza dolore in quel momento.

2.° Un pallino di piombo può avere percosso il globo al di dietro della regione cigliare ed essersi perduto chissà dove, forse anche al di là del bulbo, nell'orbita. In questo caso bisogna temporeggiare.

3.° Avviene raramente è vero, che un'ottalmia simpatica avvenga in seguito all'estrazione della cataratta; in questo caso se l'occhio operato non è irrimediabilmente perduto, come visione, non bisogna enuclearlo nell'idea di salvar l'altro. Sovente è il primo che in seguito offrirà le migliori riserve.

4.° In caso di ferita del corpo cigliare per un colpo di coltello, per esempio, che abbia prodotta una cataratta traumautica, sonvi motivi sufficienti per enucleare, sebbene che sia possibile ancora di attendere un certo grado di vista coll'assorbimento del cristallino. Se si trattasse di sè stesso, Critchett non esiterebbe punto a sbarazzarsi dell' organo ferito.

5.° Nel caso in cui un occhio è perduto in seguito all' operazione di cataratta, non è necessario di enuclearlo prima di operar l'altro, a meno che non sia ancora molto sensibile alla pressione, nel qual caso converrà differire l'operazione del secondo occhio.

Sur un nouveau procedé opératoire du trichiasis au moyen du thermocautere. (*Sopra di un nuovo processo operatorio della trichiasi per mezzo del termo-cauterio*); del dott. Galezowski. (*Recueil d'ophthal.* e *Revue des Sciences Méd.*, Janvier 1878).

Il nuovo metodo consiste nell' incidere la pelle della palpebra parallelamente al suo margine libero, da un angolo all'altro e indi disseccare i tegumenti ai due lati della ferita, per poi divaricare le labbra della soluzione di continuità con degli uncini o pinzette, cauterizzando il tessuto fino al tarso col mezzo di un termo-cauterio a punte finissime.

I fenomeni infiammatorii sono moderati col mezzo di compresse d'acqua ghiacciata; la suppurazione incomincia il terzo giorno e dura fino all'ottavo.

In quanto ai tegumenti non toccati dal cauterio, si riuniscono facilmente senza formare cicatrice.

L'Autore riporta un' osservazione all'appoggio del suo metodo.

Mydriatic and other topical effects of the application of gelsemina to the human eye. (*Influenza delle instillazioni del gelsemium sull'apparecchio della visione umana*); del dott. J. Twedy. (*The Lancet* e *Revue des sciences med.*, Janv. 1878).

Instillando nell'occhio una goccia di soluzione a 1[100 d' idroclorato dell'alcaloide del gelsemium, si osservano quattro ordini differenti di fenomeni:

1.° Iniezione rapida ma passaggeria dei vasi scleroticali e particolarmente del cerchio pericorneale.

2.° Dilatazione della pupilla progressiva non arrivante al maximum, che in otto a dieci minuti, ma persistente parecchie ore.

3.° Modificazione dell'accomodazione in modo, di essere abolita per gli oggetti molto vicini, ma che con qualche sforzo resta sufficiente per la visione ordinaria. Le immagini percepite sono molto più nette di quando si adopera il solfato neutro d'atropina.

4.° I muscoli motori dell'occhio sono pure modificati nella loro azione fisiologica. Il retto interno ha perduta la sua facoltà contrattile come si può verificare col mezzo dei prismi. L'Autore è disposto ad ammettere che i rami periferici dell'oculo-motore, sono direttamente impressionati dalla soluzione instillata nell'occhio.

Des indications et contre-indications de l'Atropine et du Calabar. (*Indicazioni e contro-indicazioni dell'Atropina e del Calabar*). Comunicazione fatta alla Soc. Med. di Zurigo, dal dott. Horner. (*Analectes opthal.* de Warlomont. *Annales d'Oculistique*, novembre e dicembre 1877).

Per l'atropina Horner distingue le indicazioni seguenti:

1.° L' indicazione narcotica contro il dolore, sia nelle lesioni delle estremità nervose alla superficie dell'occhio, sia contro lo spasmo riflesso proveniente dalla stessa sorgente.

2.° L' indicazione midriatica.

a) Nell' interesse del diagnostico: fondo dell' occhio, dettagli d' una cataratta, sospetto di sinecchie posteriori;

b) A scopo terapeutico: iritidi, ferite e gonfiamento del cristallino, profilassi della procidenza dell' iride nelle lesioni centrali della cornea.

3.° Per paralizzare l'accomodazione.

a) A scopo diagnostico: determinazione di R;

b) A scopo curativo: contro la miopia progressiva, negli infanti solamente; inutile nella M progressiva degli adulti.

La diminuzione della pressione intra-oculare per mezzo dell'atropina non è stata confermata in modo certo; tanto meno dessa può figurare nelle indicazioni di questo rimedio, che talvolta provoca un rapido aumento di T.

Contro-indicazioni dell'atropina.

1.° Contro-indicazione assoluta: affezioni glaucomatose, o minaccie di glaucoma. In questo gruppo entrano dei casi di gonfiamento del cristallino, in seguito di ferite o discissione, come certe cheratiti panniformi.

2.° Contro-indicazioni relative:

a) Idiosincrasie disponenti sia all'eritema atropinico acuto, sia alla congiuntivite per saturazione atropinica.

b) Panno ed iniezione congiuntivale portate al maximum.

c) Ciclite con diminuzione di T, occlusione ed obliterazione pupillare.

d) Nell' infanzia sorvegliare prudentemente gli effetti del rimedio, che trae talvolta allo stato d' intossicazione cronica con abbattimento generale piuttosto serio.

Per il Calabar adoperato sotto la forma di solfato neutro di eserina a 1[200 o 1[300 di dissoluzione l'Autore riconosce le indicazioni seguenti:

1.° Si vuole l' azione miotica per chiudere la pupilla paralizzata o atropinizzata, per facilitare l' iridectomia nel glaucoma, per prevenire o combattere il prolasso dell' iride nelle ulceri e ferite alla periferia della cornea, come sopra un occhio operato di cataratta.

2.° Se si vuole agire sull'accomodazione nelle paralisi del muscolo cigliare p. es., dopo l'angina difterica.

3.° L'eserina diminuisce T sugli occhi affetti da affezioni glaucomatose. Le esperienze di Horner confermano l'opinione di Laquer su questo soggetto. L'Autore cita un caso di glaucoma semplice recidivato dopo l' iridectomia, dove l' uso prolungato del collirio di eserina, ha fatto normale T e rilevato S da 1[20 a 1[2 all'occhio sinistro e da 1[10 ad 1[7 all'occhio destro. In un glaucoma assoluto eccessivamente doloroso, consecutivo ad una lussazione traumatica del cristallino, i dolori si calmarono ed il sonno ritornò dopo 4 goccie del collirio di eserina.

Gli effetti del Calabar nel glaucoma sono istruttivi, ma la teoria di questa affezione è ancora da farsi.

On a new and effectual method of treating (so colled) incurable cases of simblepharon. (*Nuovo metodo ed efficace per la cura dei casi, così detti, incurabili del simblefaron*); del dottor C. Bell Taylor. (*Med. Times* e *Revue des sciences med.*, Janvier 1877).

Il metodo consiste nel disseccare accuratamente col bistorì e forbici le aderenze, poi nel tagliare un lembo cutaneo orizzontale sulla palpebra superiore od inferiore, secondo i casi, nel rovesciare questo lembo e praticare alla sua base al disotto dello stesso, un' incisione verticale interessante la palpebra e la cartilagine in tutto il suo spessore. Per questa apertura si fa passare il lembo alla faccia interna della palpebra e si applica la sua superficie cruentata contro la superficie interna della palpebra. Si fissano in questa posizione con dei punti di sutura. La pelle sottilissima della palpebra viene così a prendere il posto della congiuntiva. Ella è nutrita dai vasi della base del lembo e non si gangrena.

Taylor ha presentato alla Clinical Society di Londra un operato con successo.

Contributo allo studio dell'uso dell'eserina nelle malattie corneali; del dott. Domenico Ramorino. (Genova 1877).

L'Autore riporta la storia di quattro casi di malattie corneali, da lui trattate coll'eserina e con esito pienamente soddisfacente. Nel primo trattavasi di ottalmoblennorrea per contagio diretto, in cui alla prima visita si notavano di già alterazioni gravissime della cornea di amendue gli occhi e cioè nell' occhio destro opacamento della metà superiore della cornea e rammollimento della stessa; nel sinistro l'opacità grigio-sporca aveva invasa tutta la superficie corneale, con imminente minaccia di perforazione. Persisteva solo la percezione quantitativa di luce dell'occhio destro.

La cura venne istituita colle cauterizzazioni della congiuntiva, a mezzo del nitrato d'argento mitigato, fomenti freddi ed instillazione di un collirio di eserina 5 centigrammi in 10 grammi d'acqua. L' ammalato rimase sotto cura per oltre due mesi, nel qual tempo andarono gradatamente dissipandosi i fenomeni morbosi, non rimanendo più che una leggier nubecola in amendue gli occhi, per la quale si praticò una doppia iridectomia, che servì a restituire al paziente un grado sufficiente di vista, per poter riprendere il suo mestiere di muratore.

Nel secondo caso trattavasi di una ragazzina di 11 anni, gracile, mal nutrita ed anemica, affetta da cheratite all'occhio destro, con infiltrazione suppurativa della metà interna della cornea, complicata da vasto ipopion, la quale curata coll' instillazione del solfato neutro di eserina ogni tre ore, venne prontamente a guarigione non rimanendo che una leggerissima macchia cicatriziale, che non impedisce menomamente la funzione visiva.

Il soggetto della terza osservazione era un uomo robusto di 27 anni, a cui una scheggia di pietra aveva colpito l'occhio destro, suscitando una cheratite suppurativa circoscritta, complicata da onice. In venti giorni di cura colla sola eserina, l'ammalato era perfettamente guarito persistendo solo una macchia translucida.

Il caso quarto infine presentava una cheratite diffusa in tutto il perimetro corneale, con infiltrazioni più sature in alcuni punti, e vasta ulcerazione a fondo sporco nel quadrante inferiore interno della cornea. L'affezione corneale poi era complicata da sopraggiunta congiuntivite catarrale acuta.

La cura venne intrapresa col collirio di eserina e coll' uso interno dell'oppio, del chinino e cloralio, in seguito a che l'ulcera si andò prontamente depurando, così pure si dileguava l' infiltrazione corneale e cessarono i sintomi della congiuntivite. Avendo l'Autore ricorso alle istillazioni di atropina, allo scopo di dilatare la pupilla, vide tosto ricomparire la congiuntivite, per cui dovette sospenderne l'uso e ricorrere di nuovo all'eserina, che condusse l' infermo a perfetta guarigione.

The relations of blepharitis ciliaris to ametropia. (*Rapporti della blefarite cigliare coll'ametropia*); del dott. J. Roosa. (*Amer. Journ.* e *Revue des sciences med.*, Octobre 1877).

Che alcune forme di congiuntivite dipendano da disturbi nella refrazione, è cosa di già abbastanza nota, non così il fatto che un' analoga relazione esista, fra la blefarite cigliare e l'ametropia, come risulta dalle ricerche del dott. Roosa, il quale venne alle seguenti conclusioni:

1.° L'ametropia sembra essere una complicazione frequente della blefarite cigliare.

2.° Quando la blefarite è accompagnata da disturbi della refrazione, la guarigione dei margini palpebrali è facilitata, dalla correzione dell'ametropia da cui essa bene spesso dipende.

3.° Soventi l'uso dell'atropina paralizzando l'accomodazione, senza alcuna altra cura, fa scomparire la blefarite che è legata coll'ametropia.

4.° Soventi gli ammalati affetti da blefarite complicata d'ametropia, ignorando di avere un' altra affezione oculare oltre quella delle palpebre negano di soffrire di astenopia o di congiuntivite. Essi si lagnano solo di debolezza di vista, di confusione nelle immagini e ciò solo quando i disturbi di refrazione, sono così accentuati, da potersi avere spiacevoli conseguenze nella non correzione del difetto.

5.° Secondo la statistica dell'Autore, la forma di blefarite di cui si tratta, non è una semplice irritazione delle palpebre come quella che soventi accompagna la congiuntivite catarrale; è una vera ipersecrezione dei follicoli pillosi e delle glandole del tarso, complicata da formazione di croste d'ulcerazione e d'iperemia.

6.° L'ipermetropia è il difetto di refrazione, il più soventi associato alla blefarite cigliare.

L'Autore presenta quindi il quadro generale delle osservazioni da lui fatte, con un totale di N. 31 casi, di cui quasi una metà sono appartenenti ad ipermetropi e gli altri presentano tutte le forme di ametropia, cioè la miopia, l'ipermetropia astigmatica, la miopia astigmatica, l'astigmatismo ipermetropico complicato, l'astigmatismo miopico complicato ed il misto.

Cautérisation ignée de la cornée. (*Cauterizzazione ignea della cornea*); del dottor Gayet de Lyon. (*Soc. de chir.* e *Revue des sciences med.*, Octobre 1877).

L'Autore venne nella determinazione di fare la cauterizzazione ignea, col mezzo di piccolissimi stromenti e di differenti forme, onde evitare l'inconveniente comune ai caustici chimici, di non potersene limitare l'azione, oltrecchè pel fatto che il nitrato d'argento produce il tatuaggio della cornea. Desso applica il caustico nei casi di ulceri atoniche e negli ascessi gravi della cornea e gli è sembrato che questo metodo di cauterizzazione, facilita la detersione ed abbrevia la durata, arresta i fenomeni irritativi dell'ascesso, diminuisce la congiuntivite, fa cessare i dolori periorbitali, ecc., ecc.

Conjunctivitis granulosa, a new mode of treatment. (*Nuova cura della congiuntivite granulosa*); del dott. Mascaro. (*New-York med. Journ.* e *Revue des sciences med.*).

L'Autore allarmato dalle alterazioni della cornea, tanto frequenti in questa malattia, venne nel pensiero di separare il globo oculare dalla palpebra, lo sfregamento della quale esercita un' azione meccanica dannosa per l'organo.

Egli fabbricò dei pezzi di albumina coagulata e poi di smalto, combinando questi due elementi, il pezzo d' albumina essendo rivestito di smalto; questi pezzi sono modulati sull' occhio e con un orificio centrale, che permette il passaggio della luce alloraquando quelli sono incastrati nel cul di sacco della congiuntiva.

On the use of the magnet in the diagnosis of the presence of steel or iron in the eye, and in the extraction of there, with illustrative cases. (*Dell'uso della calamita per diagnosticare la presenza del ferro o dell'acciajo nell'occhio e per estrarre questi corpi stranieri*); del dottor Mac Keown. (*Dublin Journ. of med.* e *Revue des sciences med.*).

Dagli esperimenti fatti sopra gli animali, l'Autore potè concludere che la punta d'un ago calamitato introdotto nel corpo vitreo, attira un frammento di ferro, situato all'estremità opposta del diametro dell'occhio. Allorchè il frammento è incastrato nella retina e coroidea, resiste all'azione della calamita. Per conseguenza il processo non è applicabile, che ai corpi mobili nel vitreo ed in tali circostanze, può rendere dei grandi servizj come lo provano le seguenti osservazioni:

Un ragazzo di 15 anni, fu colpito nell'occhio da un frammento d'acciajo, che gli produsse una ferita corneale ed una lacerazione pupillare dell' iride. La vista non era assolutamente perduta. All'ottalmoscopio si poteva ancora vedere il fondo oculare, ma incompletamente. In certe posizioni il corpo metallico si percepiva allo splendore che projettava; evidentemente risiedeva nel corpo vitreo. Il giorno dopo, si svilupparono violenti dolori ed i mezzi dell'occhio si fecero nebulosi, per cui era certo che un' ottalmia profonda avrebbe prodotta la distruzione dell'organo.

L'Autore dopo di avere cloroformizzato il paziente incise la sclerotica paralellamente all' inserzione corneale; indi introdusse nella ferita una punta calamitata, a cui il corpo straniero s' attaccò immediatamente e dopo due tentativi potè essere estratto senza difficoltà. Le conseguenze dell'operazione furono del tutto benigne ed in qualche giorno l'occhio è guarito. I mezzi dell'occhio si rischiararono rapidamente ed in meno di tre settimane la vista aveva ripresa la sua acutezza quasi normale.

La seconda osservazione venne fatta su di un operajo di 30 anni, che ricevette nell'occhio destro un frammento di metallo, che ferì la cornea, la sclerotica e l' iride, dando luogo ad uno stravaso sanguigno considerevole. Era importante a sapersi se il pezzo di ferro era penetrato o nò nell' interno del bulbo. L'esplorazione del corpo vitreo col mezzo d'una pinzetta da iridectomia non diede alcun risultato. La cala-

mita formò in pari tempo la diagnosi e la cura, giacchè appena introdotta la punta calamitata nel vitreo, s' intese uno scroscio caratteristico ed il corpo straniero venne facilmente estratto. In seguito l'occhio s'atrofizzò per necessaria conseguenza delle considerevoli lesioni riportate, non si ebbe però alcun accidente d'ottalmia simpatica.

Beitrag zur Therapie der Epitheliome auf der Corneo-Scleralgrenze. (*Contribuzione alla terapia degli epiteliomi sul bordo corneo-sclerale*); del dott. SCHNEIDER. (*Gräfe's Archiv. f. Ophthal.*, B. XXIII, abth. 3).

L'Autore decise di pubblicare il caso seguente essendo riescito di esportare una neoplasia maligna alla superficie del bulbo, senza sagrificare l'occhio sebbene fosse di già recidivata.

Una donna di 68 anni, si presentava alla Clinica nel maggio del 1875 accusando dolori fortissimi all'occhio destro, che si estendevano a tutta la metà corrispondente del capo. All'esame si riscontrò che sul bulbo infiammato, esisteva un tumore piriforme, situato alla parte esterna inferiore per la massima parte sulla sclerotica ed una piccola porzione sulla cornea. Il diametro maggiore nel senso della lunghezza misurava 9 millimetri e 7 nella larghezza. La superficie bernoccoluta aveva un colorito bianco-grigiastro. Alla base della neoplasia esistevano numerosissimi vasi sanguigni varicosi, che si estendevano fino alla commissura esterna. Il tumore era duro, resistente ed immobile. La cornea in vicinanza di esso era alquanto intorbidata.

Si stabilì la diagnosi di epitelioma, che venne confermata anche dall'esame microscopico di una piccola porzione esportata a tale scopo.

La cura consistette nell'esportazione del tumore e successiva cauterizzazione della sede di esso. In breve tempo però si manifestava la recidiva, per cui venne ripetuta l'esportazione, col medesimo esito. La neoplasia si faceva sempre più lussureggiante ed i dolori andarono aumentando, al punto che la paziente si decise per l'enucleazione.

L'Autore però risolse di esperire un terzo tentativo e le sue speranze su di un probabile esito felice, si basavano sulle osservazioni di Knapp e Kaiser e sulla possibilità di potere esportare il tumore colle sue radici, arrivando fino sulla porzione perfettamente sana del tessuto corneosclerale, escidendo altresì quel pezzo di congiuntiva che conteneva il fascio di vasi e per ultimo di coprire la mancanza di sostanza della cornea e sclerotica mediante un lembo di congiuntiva.

L'Autore così procedette nell'operazione: praticò due tagli nella congiuntiva divergenti verso l'esterno, in modo che il prolungamento degli stessi, avessero ad incrocciarsi al centro della cornea. Per tal modo veniva circoscritto uno spazio triangolare contenente la neoplasia, nonchè la massima parte dei vasi varicosi; dopo di ciò distaccò la congiuntiva dal sottoposto tessuto e ad una certa distanza dal tumore, incominciò ad intaccare la sclerotica approfondandosi sempre più, in modo da portarsi a poco a poco al disotto della radice del tumore. Ciò si ottenne perfettamente ed il tumore venne in totalità esciso dalla sclerotica e dalla

cornea, al punto da lasciare una rilevante mancanza di sostanza nelle dette due membrane. Dopo ciò distaccò il più che potè della congiuntiva in tutti i sensi, stirando il lembo risultante al disopra della perdita di sostanza ove venne fissata con 5 punti di sutura. La reazione fu mitissima e dopo otto giorni dell'operazione l'ammalata potè essere dimessa. Dopo 22 mesi lo stato dell' occhio e il seguente: H 1|36, S = 20|40. La cornea e la sclerotica presentavano un leggier infossamento nel punto ove esisteva il tumore. Nessuna traccia di recidiva.

Ueber Atropin und Physostigmin und ihre Wirkung auf den intraocularen Druck. (*Dell'atropina e della fisostigmina e loro azione sulla pressione endoculare*); del dott. LAQUEUR. (*Gräfe's Archiv.*, B. XXIII, abth. 3).

Già da lungo tempo e dalla massima parte degli autori è ammesso, che l'atropina diminuisce la pressione endoculare, il che però si troverebbe in opposizione con quanto avviene nel glaucoma, dove l'atropina esercita un' azione diametralmente opposta, il che è constatato da una quantità di osservazioni di Autori, i quali dall' instillazione del midriatico, videro peggiorare i sintomi del glaucoma ed in alcuni occhi dapprima apparentemente sani, svilupparsi l' accesso glaucomatoso subito dopo l'uso dell'atropina. A spiegare l'aumento della tensione nei casi più sopra accennati l'Autore, pone in evidenza come nell'atto della dilatazione della pupilla, l' iride si svuota in gran parte del sangue e da ciò ne deve nascere un' iperemia nei vasi coroideali, la quale può benissimo prontamente equilibrarsi, ma sulla di cui presenza non è a dubitarsi e se tosto non avviene un aumento di deflusso per mezzo delle vene coroideali, ne deve nascere un' iperemia nella coroidea o nel corpo cigliare. Una tale iperemia nell'occhio normale è affatto transitoria essendo esso fornito di apparati regolari, i quali mantengono la massa sanguigna nel tratto coroideale in un certo equilibrio, non così nell'occhio glaucomatoso o in quello predisposto a tale affezione. È opinione sempre più accreditata, che in questi casi si tratti appunto di un ostacolo al deflusso degli umori oculari (sangue e linfa) causato da patologiche adesioni alla periferia della camera anteriore o piuttosto da compressione delle grosse vene coroideali, nel loro passaggio attraverso alla sclerotica. Per tal modo non è più possibile un compensante deflusso degli umori e quindi si spiega l'aumentata trassudazione nell'umor vitreo.

L' iperemia delle vene coroideali però, non è la sola fra le cause del glaucoma, giacchè si verifica l'aumentata tensione, laddove è impossibile la midriasi per una sinecchia circolare, in tali casi, secondo l' Autore, si verificherà un' azione paralizzante dell'atropina sulle pareti vascolari.

L'Autore poi dice assai problematica la diminuzione della tensione oculare nell'occhio normale prodotta dall'atropina, nel mentre è indubbio l'aumento della tensione stessa nell' occhio glaucomatico assoggettato all'atropina, per cui a suo avviso *l'atropina è un mezzo atto ad aumentare la tensione endoculare, ma quest'azione però non si manifesta*

fintantochè funzionano regolarmente gli apparati che regolano la circolazione.

Per riguardo al principio attivo del Calabar, generalmente gli venne attribuito l'azione di aumentare la tensione oculare e ciò all' appoggio della tetanica contrazione muscolare che suole tener dietro all' instillazione dell'estratto di Calabar. L'Autore volle esperimentare la fisostigmina nel glaucoma e riporta due casi, in uno dei quali trattavasi di glaucoma infiammatorio primitivo e nell' altro di glaucoma secondario in seguito a lussazione della lente, in cui apparve chiaramente l'azione di diminuire la tensione endoculare, in ispecie nel secondo caso in cui si mantiene anche tutt'ora dopo 15 mesi.

Nel glaucoma semplice la diminuzione della tensione, in 10 casi, fu riscontrata costante, ma non sempre fu eguale in tutti, in alcuni essendo stata assai fugace, in altri più duratura. Molto efficace si dimostrò in tre casi di glaucoma recidivo in seguito ad iridectomia, dove agì prontamente e con sicurezza, in modo che dopo pochi giorni scomparvero tutti i disturbi, senza più ritornare essendo di già trascorsi alcuni mesi.

L'Autore in seguito riporta 4 osservazioni assai interessanti di glaucoma acuto, in cui dopo due giorni dell'applicazione del rimedio, si calmava l'intensità degli accessi, per quindi passare a guarigione prontamente mediante la persistente applicazione del rimedio.

In quanto alla durata dell'azione, la ritiene questione di importanza secondaria, inquantochè *la fisostigmina nel glaucoma acuto non deve menomamente sostituire l'iridectomia*; anzi è destinata a ridurla in più favorevoli condizioni facilitandone l'esecuzione.

Il preparato di cui si servì l'Autore esclusivamente, fu il solfato neutro di eserina (Farmacia Vee, Faub. S. Denis 42, Paris) in una soluzione di un centigrammo su 2,5 grammi d'acqua.

A spiegare la diminuzione della tensione oculare inerente all'eserina, l'Autore oltre al distacco della periferia dell' iride delle patologiche aderenze causato dall'azione miotica, riterrebbe che la fisostigmina avesse a produrre una contrazione dei vasi coroideali, in seguito alla quale ne avverrebbe una diminuita filtrazione nello spazio vitreo. La contrazione vascolare sarebbe prodotta dall'azione irritante che possiede l' eserina sulle fibre muscolari e quindi di necessità il restringimento dei vasi, il qual ultimo fatto, trova la sua conferma nella osservazione diretta sui vasi congiuntivali, laddove si nota appunto un restringimento nel calibro degli stessi, in seguito all'azione del rimedio, come ebbe a far osservare anche il Weeker, che cioè la congiuntiva degli operati di cataratta sottoposti alla instillazione della fisostigmina, secerne molto meno sotto la fasciatura compressiva.

RIVISTA DI TERAPEUTICA E DI FARMACOLOGIA

del Prof. A. CORRADI.

Dell'acido salicilico e dei salicilati; del dott. Bordier. (*Journal de Thérapeutique*, 1878, p. 59).

Oggi abbiamo una serie di preparazioni farmaceutiche dell'acido salicilico; di *médicaments salicylés*: il salicilato di soda, di litina, di chinina, il vino tonico, l'ovatta e la glicerina con acido salicilico. Il salicilato di soda è vantato come il solo *rimedio radicale* contro il reumatismo e la gotta; cinque o sei pastiglie *salicylées* dovrebbero liberarci in un momento da un *Rhume naissant*, e dovrebbero essere efficaci nel croup, nella bronchite, difteria, ecc.!! In mezzo a tanta profusione di lodi, di decantate virtù, di celebrata innocuità è bene sentire l'altra campana, *audi alteram partem*, per esser in grado di temperare il soverchio fervore, e tenere quel giusto criterio che è proprio del medico accorto e prudente.

In Francia tra i più caldi patroni dell'acido salicilico è il Sée; il prof. Gubler e parecchi della sua scuola gettano un po' d'acqua fredda su tanto bollore. Il dott. Bordier passando in rassegna i medicamenti più vantati nella cura della gotta, s'incontra naturalmente nell'acido salicilico e nei suoi sali, dei quali esamina il valore terapeutico, oltre che nella gotta, in molti altri stati morbosi. La rivista è abbastanza ben fatta, ed i lettori degli *Annali* avranno piacere di qui averla compendiata per quella parte che riguarda il nuovo medicamento, non dimenticando per altro che cotesta è una specie di *requisitoria*, nella quale di conseguenza saranno da sbiadire le tinte troppo fosche, come le troppo rosee nel panegirico.

L'acido salicilico, incomincia il dott. Bordier, non è entrato, ed è saputo, nella terapeutica, come antipiretico, bensì come antizimotico. Fu paragonato per ciò all'acido fenico; a cui per altro parecchi lo trovarono da meno nell'uccidere i minimi esseri, microfiti o microzoi. Ma anche nel presentarlo come medicamento antisettico interno si notava

taluna qualità, che ai medici doveano imporre certo riserbo. Feser e Friedberg (1) avvertirono che mentre la formazione del fermento fisiologico della saliva e del succo gastrico non è punto impedita da piccole quantità d'acido salicilico, da maggiori viene ritardata ed anche sospesa. Cotesto fatto assai importante, ma non abbastanza considerato, serve a spiegare la dispepsia che spesso succede fin del principio della cura. Sin dal 1855 poi il Bertagnini avea notato come cotesto acido produca fortissimo rumore d'orecchi e si elimini per la via dell'orina. Nel 1874, circa nel medesimo tempo, Fürbringer in Germania e Maclagan in Inghilterra sperimentarono sull'uomo e sugli animali, quale azione questo medicamento poteva avere su la febbre, specialmente nel reumatismo articolare acuto. Crebbe co' fautori l'entusiasmo. Il Buss lo dichiara potente antipiretico; Reiss, Nathan, Senator, Foltdammer, Weber, Wald, ecc. d'accordo confermarono: Zimmerman, invece, Wollberg, Fischer, Zürn, Martetti (?), per non dire che dei principali, non ottennero verun effetto, nè su la temperatura, nè sul polso; anzi Zürn ebbe aumentato il calore! La Francia entrò più tardi nel campo delle prove dell'acido salicilico; ma la massima parte de' medici francesi (Gubler, Moutard, Martin, C. Paul, Feréol, ecc.) nulla conseguirono rispetto all'abbassamento della termogenesi: G. Sée fu più fortunato, Oulmont avvertì certi effetti che facevano credere a simile azione. Guéneau de Mussy attese più particolarmente a seguirne gli effetti antisettici. Se non che i medici francesi adopravano dosi troppo tenui, quando ben altre ne occorrono. Difatti il Buss avea veduto la remissione febbrile, ma in mezzo ad abbondanti sudori e nel maggior collapso; Zimmermann avea avuto altrettanto, ma insieme la diarrea; e così altri con sudori abbondanti. Pertanto è lecito credere che per avere la tanto cercata calma vascolare, bisogna giungere fino all'azione tossica coi fenomeni d'irritazione locale diretta (vomiti, diarrea riflessa, vertigini, rumori d'orecchi), e fino anche al collasso! Casi di morte sono pure stati osservati (2). Il prof. Gubler ha veduto con il dott. Blondeau un' emiplegia prodotta da un salicilato, che scomparve abbandonato il medicamento, preso dal malato di sua testa. Insomma rimane fermo che l'acido salicilico è tutt'altro che rimedio innocuo; disturbi locali della digestione, disordini cerebrali, che possono salire fino al delirio, fanno

(1) « Berlin. Klin. Wochenschr. », 1875, 7 giugno.

(2) Lo stesso *Journal de Thérapeutique* ne cita uno nel precedente fascicolo (1.° del 1878 p. 39) tratto dal *Bulletin de Thérapeutique* (15 juillet 1877) e riferito dal dott. Empis: era un uomo di 47 anni con reumatismo articolare acuto, a cui l'acido salicilico in 7.ª giornata alla dose di 3 grammi e 1[2 avea già calmato i dolori. Il dì appresso le articolazioni non dolevano più: sordità continua, rumori d'orecchi, senza febbre, traspirazione copiosa, grande debolezza, lieve soffio sistolico. Sono prescritti 5 grammi d'acido salicilico: il giorno dopo il malato si sente bene e si sospende il medicamento. Notte agitata; sul far del giorno, fierissimo dolore di stomaco nel prendere un po'di brodo; morte improvvisa.

parte della sua azione fisiologica. Enrico Benjamin ha mostrato nello stomaco d'un cavallo gli effetti caustici di cotesta sostanza sulle mucose. Robin ha presentato un caso consimile. Invece del vomito, molti medici hanno notato la nausea; tutti dei rumori d'orecchio molto più intensi e durevoli di quelli prodotti dal solfato di chinina.

Il dott. Mussy (1) conchiude dai suoi esperimenti che quando nei febbricitanti il medicamento è amministrato ad alte dosi, per qualche tempo, può eccitare delirio (ne ha osservato 5 casi) ed anche il collapso. Allora, ma *soltanto allora*, v'ha veramente diminuzione della temperatura, e quest'è la conseguenza d'una vera intossicazione. Tale abbassamento può giungere a 36° (Weber). Nello stato normale non ha osservato verun cambiamento sul calore, ciò che non succede, egli dice, nei veri antipiretici, quali la chinina, la digitale e la veratrina (2). Ma senza toccare il collapso, senza divenir tossica, l'azione del medicamento sembra possa sollecitamente addurre, per un procedimento che si può spiegare in diversi modi, non l'anestesia, ma un certo grado d'analgesia. Il dottor Mussy, poco parziale all'acido salicilico, assicura che mitiga quasi immediatamente i dolori del reumatismo articolare acuto; ed in vero su questo punto tutti sono presso a poco d'accordo (G. Sée, Féréol, Dujardin-Beaumetz, ecc.).

Ne segue che bandito da alcuni medici l'acido salicilico come antipiretico dalle cure del reumatismo, è poi riammesso come analgesico, o più semplicemente come calmante il dolore, ciò che sarebbe ottima prerogativa, se fossimo sicuri che in pari tempo non seguissero altri effetti meno propizj. Ma per tale rispetto ancora Dujardin-Beaumetz, Féréol, C. Paul, mentre sono unanimi nel confermare la diminuzione del dolore, vanno parimente d'accordo nel dire che il dolore risorge subito che cessa di darsi il medicamento, ciò che talvolta si deve fare assai presto, e che in ogni modo la malattia non è abbreviata.

L'effetto sedativo, da tutti ammesso nei malati di reumatismo, eccitò a combattere il dolore con il nuovo medicamento anche in altri morbi:

(1) « L'acide salicylique et le salicylate de soude. » (« Thèse de Paris », 1877, N. 112).

(2) Notiamo che Wachsmuth avea avvertito come la chinina ne' soggetti senza febbre non abbassi punto la temperatura. (« Arch. d. Heilk. », 18 3, IV, 73), ed il Liebermeister in un tale, che sano simulava d'avere la febbre intermittente, non vide che grammi 2,40 di chinina in 7 ore producessero raffreddamento. (« Deutsches Archiv. f. Klin. Med. », 1867, III, 569 e seg.) Ne'cani e nei conigli diminuisce il calore purchè la dose della chinina non *sia troppo piccola:* e però mentre il Köhler pone in modo assoluto che per cotesto alcaloide scema il calore sì negli uomini sani, come negli animali in *qualsiasi circostanza* (« Handb. der physiol. Therapeut. » Göttingen 1876, p. 813), l'Husemann più riservato ammette che il fatto avvenga, ma in grado maggiore se negli uni v' abbia la febbre, e negli altri la chinina sia data ad alta dose. (« Handb. der gesammt. Arzneimittellehre. » Berlin 1875, II, 875).

ciò appunto si fece in Germania. Il dott. C. Kunze afferma che il salicilato di soda è mezzo eccellente per togliere rapidamente il dolore nella gotta; in due malati bastò una sola dose di 1 grammo e 77 cent. per farlo cessare dopo 3 ore, ma la gonfiezza ai piedi durò 10 giorni. In un caso di chiragra, grammi 2,70 di salicilato di soda, dati tutti i giorni per una settimana, resero liberi i movimenti della parte. L'Hoffmann l'ha del pari adoprato con profitto nella gotta ed anche nel *tic doloroso*, nella *nevralgia intercostale*; ne fa prendere 45 centigrammi ogni giorno in una capsula gelatinosa.

A Stockholm il salicilato di soda riesciva meno bene nelle mani del dott. Abelin.

In Francia l'acido salicilico, nella cura della gotta, trovò valido propugnatore nel prof. Sée. Ei lo stima mezzo sicuro di cura del reumatismo e della gotta; il dì appresso vide scomparire i dolori; ma, ciò che confermano le osservazioni precedenti del Dujardin-Beaumetz, ammettte lo si debba per molto tempo continuare. L'Hardy rimase ei pure maravigliato del buon frutto del medicamento in 4 casi di reumatismo; ma, più scettico, ha domandato se mai egli ed il suo collega avessero trovato una *vena*, una *serie felice*. Il Sée ha pure cercato di dare la ragione del modo con cui l'acido salicilico riesce benefico nella gotta, e cioè come calmante, come rivellente i dolori infiammatorj cronici, come eliminatore dell'acido urico e di diverse materie estrattive; e conchiuse che esso non ha veruna analogia con alcuno dei medicamenti noti. Ma per dire come il nuovo farmaco operi occorrono altri studj, e specialmente importa d'indagare l'azione dell'acido salicilico su ciascuna delle grandi funzioni.

Il dott. Robin ha presentato alla Società di Biologia una serie di quadri levati nelle infermerie del prof. Gubler, di cui era assistente, dai quali risulta che nella febbre tifoide, allorchè diasi l'acido salicilico, la quantità d'orina emessa nelle 24 ore è diminuita. Inoltre ha insistito sul fatto che nell'orina dei tifici curati con quell'acido, la produzione ed eliminazione dell'*indigosi orinaria* (Gubler) è aumentata. Cotest'*indaco*, o materia azzurra della orina, che è (*carbonio quasi puro*) (1), trovasi di regola nella febbre tifoide, nella peritonite, nella diarrea profusa, in tutti gli stati a cui si congiunge una depressione del trisplancnico. Il Gubler da molto tempo ha fatto conoscere questo segno ed il valore ch'esso ha come indizio della scemata azione del trisplan-

(1) Così l'Autore; ma non esattamente. L'*indican* è una delle materie coloranti normali dell'orina, in cui trovasi in piccolissima quantità: è composta di C^{26} H^{31} O^{17}; in soluzione nell'acqua e riscaldato si scompone dando, secondo Schunk, *indicanina* (C^{20} H^{23} AzO^{12}) e *indiglucina* (C^{16} H^{10} O^{6}), che è uno zucchero speciale; e parimente con gli acidi allungati dà indiglucina e azzurro d'indaco (C^{8} H^{5} AzO); il quale è l'*uroglaucina* o *cianurrea* dal Braconnot indicata fin dal 1826.

cnico, d'ipostenia dell'organismo, di diminuita combustione dei materiali nel sangue, d'astenia profonda come una volta sarebbesi detto. L'aumento di cotesto fenomeno normale per effetto dell' acido salicilico è meritevole d'essere notato. Ma il Gubler, estendendo la questione e fondandosi su quanto avea osservato non solo nella febbre tifoide, ma in molteplici affezioni, ha mostrato come il medicamento di cui si discorre produceva quando la diuresi, quando tutto l'opposto. La quale apparente contraddizione si spiega riflettendo che l'acido salicilico s'elimina difatti per la via dei reni, ma al pari dei sali neutri non aumenta la secrezione dell'orina che quando il rene è sano; la diminuisce invece ogni volta che quello sia irritato, poichè allora sopraggiunge vera infiammazione: molte volte il Gubler ha veduto proprio l' albuminuria tossica. Or bene importa ricordare quanto sia frequente nei gottosi l'iperemia renale: in coloro che presentassero tale complicazione, e sarebbero specialmente i gottosi cronici, la secrezione dell'orina rimarrebbe dunque diminuita, e con grave danno. D'altra parte è all'urea od all'acido urico che si riferisce l' aumento assoluto, se esiste, dei principj solidi dell' orina? I sali calcari hanno pure la loro parte in quest'eliminazione, e le osservazioni di Koster su l'acido fenico, di Lilley su l' acido salicilico stesso farebbero pur domandare se per avventura anche le ossa non subiscano alterazioni di nutrizione per effetto di tale sostanza. Altre esperienze sono dunque necessarie, e conviene per ora non iscostarsi dalla prudente riservatezza, a cui accennava il Bouchardat nell'Accademia di medicina.

Difatti che mai risulta da quanto precede? Che l' acido salicilico è medicamento che poco conosce le *mezze azioni;* ei rimane inerte, ovvero dà segno di sè con atti violenti; vomiti diarree, fenomeni dispeptici e gastralgici, rumori d'orecchi, vertigini, delirio; un passo ancora e produrrà collapso, rallentando il respiro e promovendo sudori profusi. Senza giungere a tal grado, aumenta l'*indigosi orinaria;* in una parola opera sì, ma non con misura, anzi *brutalement*; e non già a guisa d'un antipiretico, bensì di profondo perturbatore del sistema nervoso vegetativo, mentre nel tempo stesso eccita per azione riflessa il sistema encefalico; per ciò pure scema anche la temperatura. Ma la sua azione presto passa dal campo della terapeutica in quello della tossicologia.

Analgesico lo è senza dubbio; ma s'è veduto come e perchè; perchè deprime l'organismo, incominciando dalla sensibilità, che è fonte dell'attività organica. Entra pure fra i medicamenti valevoli a combattere l'eretismo infiammatorio e febbrile, ma anzi che gradatamente, quasi di forza e con violenza. La secrezione dell'orina poi spesso ne viene diminuita.

Quando si consideri la fisio-patologia della gotta, e la lunga serie di mezzi di cui siamo provveduti non contro la malattia in sè, ma contro gli svariati suoi sintomi, si rimane dubbi, malgrado tante asserzioni, circa l'efficacia del nuovo medicamento, o per lo meno si rimane nel

savio temporeggiare del professore d'Igiene e di Materia medica della Facoltà di Parigi.

Quanto è stato detto dell'acido salicilico può estendersi, con il debito *diminutivo*, alla salicina, di cui parlavasi 40 anni fa, e che del resto dà acido salicilico ossidandosi dentro l'organismo (1). E quando si volesse risalire più indietro ancora troverebbesi che i Booers del Capo di Buona Speranza e gli Ottentoti servonsi del decotto di salice nel reumatismo.

Maury prepara un salicilato di chinina, che contiene 10, 12 per 100 di chinina laddove che il solfato di chinina ne contiene 87. Ma dov'è, conchiude l'Autore, il vantaggio rispetto a questo medicamento, che sempre cercasi di sostituire con qualche altro, mentre esso si mostra sempre ed ovunque *fedele e prezioso?*

I dottori V. Chirone e S. Petrucci, professori pareggiati in Materia medica e Terapeutica nella R. Università di Napoli, hanno testè pubblicato *Ricerche sperimentali sull'azione biologica dell'acido salicilico e del salicilato di soda,* de'quali confermano identica essere l'*azione biologica*; se non che col primo si hanno maggiori gli effetti locali, con il secondo i generali, tra quali v' ha il rapido notabile dimagrimento. Nelle rane (sulle quali gli autori sperimentarono nel mese di gennajo) il salicilato di soda diminuisce il numero delle sistole cardiache; ne'mammiferi talvolta fa lo stesso, tal'altra invece il contrario, indipendentemente dalla maggior o minor dose: l'acido salicilico libero è più costante, poichè quasi sempre rende meno frequente le contrazioni del cuore; altrettanto fa rispetto alle respirazioni, mentre che il salicilato di soda prima di diminuirle le accresce. Circa poi l'azione sulla temperatura, che è l'argomento più importante e su cui meno vanno d'accordo i clinici e gli esperimentatori, giunsero essi alle seguenti conchiusioni, le quali piuttosto che togliere i dubbj fanno sentire il bisogno di nuove osservazioni ed esperimenti. « L'acido salicilico, tanto libero che salificato, in piccola dose abbassa la temperatura entro limiti però ristretti; a dose alquanto elevata non solo non abbassa la temperatura, ma la eleva talora notevolmente. Più notevole è l'abbassamento della temperatura quando si trova elevata per l'azione dell'istesso farmaco, ed è importante per le dosi tossiche di salicilato di soda (2). »

Il prof. Cantani, che ha scritto speciale Appendice al suo *Manuale di materia medica* per i *preparati salicilici* a motivo della loro importanza nella terapia delle malattie febbrili, tiene per cosa fuori di dubbio che l'acido salicilico abbassa la *temperatura organica* anche nei soggetti sani; che se taluno, dopo aver dato l'acido salicilico puro, vide per l'opposto accrescersi il calore (lo Zürn ad esempio dopo piccole

(1) Il Byasson avrebbe pur dimostrato che l'acido salicilico nel traversare l'organismo si riduce e forma della salicilina. (« Journal de Thérap. », 1877, p. 721, 1878, p. 30).

(2) « Commentario clinico di Pisa », 1878, p. 47.

dosi in un cane sano, il Lürmann, il Fiedler ed il Leonhardi Aster in uomini febbricitanti), ei crede possibile *che in questi casi l'azione locale irritante dell'acido salicilico puro abbia per suo conto destata una reazione febbrile troppo considerevole, da compensare o superare perfino l'azione abbassante la temperatura dell' acido salicilico assorbito nel sangue* (1). Ciò che essendo, l'acido salicilico dovrebbe essere affatto bandito dall'uso interno; e si dovrebbe andar cauti nell' amministrare anche il salicilato. Avvertiamo in fine che l' acido salicilico per esser assorbito deve mutarsi in salicilato alcalino; e che pertanto, non trovando nel tubo digerente bastevole copia di alcali, non passerà che in piccola parte allo stato di sale, e quindi rimarrà capace di soli effetti locali.

Sul balsamo di Gurjun; del dottor Deval Leone. (*Thèse de Paris*, 1877, n. 240. — *Bulletin général de Thérapeutique*, 1878, XCIV, 187).

Il dott. Deval ha studiato nell' infermeria del Vidal l'azione del *balsamo di Gurjun*, dato da alberi della famiglia delle dipterocarpee, e detto anche *gurgum balsam, gurgum-oil, wood-oil* (olio di legno). Si ottiene incidendo gli alberi predetti, ed è un liquido denso, viscido; torbido e di colore fosco, tenendo sospesa una resina verdognola, che ne può essere separata mediante la filtrazione o lasciandola posare. Diviene allora trasparente e di colore rosso-bruno; guardandolo per rifrazione alla luce riflessa, sembra opaco e di colore grigio-verdiccio. Ha sapore amaro, aromatico; non ha l' acredine del balsamo copaibe, bensì ne ricorda, sebbene attenuato, l' odore. È più fluido dell'olio d' oliva, e più pesante del balsamo copaibe: il suo peso specifico a + 15° è 0,964.

Adoprato per la prima volta da Guglielmo O'Shanghnessy nel 1838 nella blennorragia, è pure stato prescritto per lo stesso effetto dal Vidal nell'ospitale di S. Luigi e dal Mauriac nell'altro detto del *Midì* facendone le seguenti pozioni:

Wood-oil		Wood-oil	16 gr.
Gomma . . . . . *ana*	4 gr.	Gomma	10 »
Infuso di badiana (anice stellato	40 »	Sciroppo di gomma . . .	30 »
Da prendersi in due volte innanzi pasto (Vidal).		Acqua di menta	50 »
		Da prendersi in tre volte nella giornata (Mauriac).	

Il dott. Deval teme che nella ricetta del Mauriac la dose del balsamo sia troppo alta e non produca disturbi di ventre; ei quindi preferisce l'altra del Vidal, e così conchiude la sua tesi: 1.° Il balsamo di Gurjun ha fuori di dubbio giovato nella cura della lebbra e di altre affezioni cutanee; ma fa d'uopo attendere nuove esperienze ed avere nuove prove per farne la base di cura valevole ed esclusiva. 2.° I buoni effetti prodotti nella cura della blennorragia gli danno bel posto a lato del copaibe e degli altri balsamici. 3.° La sua azione esterna ed interna

(1) « Manuale di materia medica. » Milano 1869, II, 1297.

nella cura della vaginite è maggiore e più rapida di quella del copaibe. 4.° È prodotto abbondante e però di prezzo inferiore al copaibe, ciò pure concorrerà a fermargli stanza nella terapeutica.

= Il Planchon fa notare che talvolta sui mercati di Londra il *balsamo di Gurjun* dato da varie specie di *dipterocarpus (Dipterocarpus turbinatus, D. incanus, D. alatus, D. laevis, D. trinervis*) si vende per copaibe. Esso per altro ha questo di particolare che scaldato a 130° forma una specie di gelatina. Mescolato al balsamo copaibe assai difficilmente lo si conosce; nondimeno il Flückiger suggerisce per iscoprire simile falsificazione quest'espediente. Sciolgasi nella benzina il balsamo che si vuol saggiare e si tratti il liquido filtrato con alcool amilico od etilico; se il balsamo è puro, resta limpido; se è impuro, si forma uno speciale intorbidamento (Guibourt, « Histoire naturelle des drogues simples. » Paris 1869, III, 467. — Planchon, « Traité pratique de la détermination des drogues simples. » Paris 1875, II, 255). Contiene da 63-65 per 100 d'olio etereo $C^{20} H^{32}$ consimile a quello del copaibe, e 34 di resina nella quale il Werner trovava un acido (acido Gurjunico $C^{44} H^{68} O^{8}$), che viene considerato come un idrato dell'acido abietinico ($C^{44} H^{65} O^{5} + 3H^{2} O$), con pari azione chimica.

= Negli ospedali delle Indie inglesi è adoprato in luogo del copaibe, ed è inscritto nella Farmacopea Indiana del 1868. Secondo Roxburgh da un solo albero può aversi da 30 o 40 galloni d'olio; basta per ciò riaccendere il fuoco nella cavità fatta prima nel tronco, e dalla quale cola l'umore oleoresinoso che si raccoglie in vasi di bambù. Si noti che l'albero può giungere all'altezza di 60 metri, con la circonferenza di 4 metri e mezzo (Flückiger et Hanbury, « Histoire des drogues d'origine végétale. » Paris 1878, I, 170). Final mente se *balsami* s'hanno a dire sostanze resinose che contengono acido benzoico od acido cinnamico insieme con un olio essenziale d'odore soave, s'intende che il *wood-oil* od *olio di legno* non può essere compreso fra tali sostanze, bensì al pari del copaibe va nel novero delle trementine. =

Virtù diuretica del citrato e bromidrato di caffeina; del dott. A. GUBLER. (*Journal de Thérapeutique*, 1878, p. 30).

La caffeina, o meglio i sali di essa, bromidrato e citrato, porgono un ottimo diuretico, tanto efficace quanto innocuo, se non in tutti in molti casi d'idropisia. In prova di ciò il Gubler cita i seguenti casi:

I. Una signora di 74 anni, afflitta da grave affezione di cuore (insufficienza della mitrale e tricuspidale), con edema grandissimo delle gambe, dei polmoni, venne un dì assalita, soppresse le orine, dai sintomi più gravi. Coma profondo, cianosi, respiro stertoroso, polso piccolo e lento; pareva prossima la morte. I rivellenti alla nuca e sul petto, un'injezione sotto-cutanea di 5 milligrammi di morfina rianimarono un po' la malata, e le si poterono fare inghiottire 75 centigrammi di citrato di caffeina, in 3 volte, con l'intervallo di 2 ore. La diuresi si ravviò, l'inferma uscì dal coma e nei giorni successivi emise fino a 2 litri e mezzo d'orina;

per modo che dopo aver preso per 10 giorni del citrato di caffeina alla dose quando di 50, quando di 75 centigrammi, non aveva più edema nè all'estremità inferiori, nè ai polmoni, lo stato generale essendo soddisfacente. Per 5 mesi mediante il citrato di caffeina potè essa mantenersi in una condizione di salute relativamente buonissima, senza che l'edema sia riapparso in grado notabile.

II. Un malato dell'ospitale Beaujon con cirrosi ed alterazioni gravi del cuore, avea per di più anasarca diffuso ; presi 50 centigrammi di bromidrato di caffeina evacuò fino a 4 litri e 200 grammi d'orina. La diuresi cessava quando s'intermetteva il medicamento, e riappariva ridandolo.

Il dott. Féréol riconfermava in un malato con lesioni cardio-renali, consecutive ad abuso d'alcool, e complicate da albuminuria od anuria la potente azione diuretica della caffeina; l'effetto, s'intende, fu palliativo, ma manifestissimo.

Ora sarebbe da trovare tale combinazione salina abbastanza solubile per poter esser amministrata per via ipodermica; ciò estenderebbe grandemente le applicazioni della caffeina.

= L'azione diuretica della caffeina, soggiungiamo, fu già avvertita da Koschlakoff (*Virchow's Archiv.*, 1864, XXI, 436), e da Pratt (*Boston med. Journ.*, 1868, sept. 10). Il dott. Jeanjean avea pure raccomandata la macerazione dei semi crudi del caffè nell'anasarca (*Arch. génér. de médec.* 1831, XXVII, 487), e prima ancora Murray notava che il caffè *urinam movendo sabulam et calculos minores pellit* (« Apparatus medicaminum. Venet. » 1796, I, 211). Il Köhler mette in dubbio che il *citrato di caffeina* degli autori francesi sia proprio una combinazione chimica formata di 1 eq. di caffeina, 3 d'acido citrico e 2 d'acqua. Lo stesso Köhler fa notare che la caffeina non è da tenersi veramente efficace che nell'*emicrania idiopatica* e semplice, cioè scevra da complicazioni, fra le quali pone le *malattie organiche di cuore e del cervello:* a suo avviso può portarsene la dose dai 25 ai 60 centigrammi, avvertendo che nelle isteriche nuoce più che giovare (*Handbuch der physiol. Therapeutik.* Göttingen, 1876, p. 794). Difatti in un caso recente narrato dal dott. Kelp, in una vedovella travagliata da perturbamenti nervosi, la caffeina alla dose di non più di 48 centigrammi in due volte nella giornata produsse fenomeni straordinarj da parte del sistema nervoso: e cioè vertigini, prostrazione, ansietà precordiale, palpitazioni, fortissimo tremore delle membra, stridore dei denti, senso di costrizione nel collo e nella nuca (*Memorabilien*, 1877, XXII, 494). =

Usi terapeutici del cloruro di calcio. (Coghill J. G. Sinclair. In: *Practitioner*, 1877, CXII 247. — Bell Robert. In: *Lancet*, 1877, II, 8 Aug. — *Schmidt's Jahrb.* 1877, CLXXVI, 125).

Il cloruro di calcio (*Calcium chloratum crystallisatum*, da non confondersi con l'ossicloruro di calce) secondo il dott. Coghill era già rimedio pregiato nei tumori glandolari scrofolosi, e quasi esclusivamente adoprato

in tali affezioni prima che fossero introdotte le preparazioni di jodio. Il Coghill non niega in verun modo il valore di coteste preparazioni, ma solamente avverte che spesso producono inconvenienti, e a lungo andare dimagrano ed alterano la sostanza ossea; e però in tali casi assai importa d'avere efficace succedaneo. Particolari vantaggi, secondo il medesimo autore, si possono trarre quando con l'uso interno del cloruro di calcio si combini l'esterno dello jodio, applicato localmente, ovvero fatto respirare allo stato di vapore.

Il cloruro di calcio può usarsi con buoni effetti non solamente quando la gonfiezza delle glandole è già segno della piena manifestazione della cachessia scrofolosa, ma anche quando della scrofola non v'abbia che il sospetto, od il preavviso dai disturbi della digestione e dell'assimilazione. Nei casi in cui fanciulli o giovinetti dormano male, abbiano l'alito fetido, la lingua sporca, le tonsille tumide, le evacuazioni del ventre irregolari e puzzolentissime, con iscarsa secrezione della bile, il Coghill non conosce rimedio che possa gareggiare in efficacia con il cloruro di calcio. Al quale cedono tosto la diarrea colliquativa, che sì di sovente accompagna l'anzidetto stato è la lienteria consociata all'ipertrofia delle glandole mesenteriche; parimente la virtù sua si fa sentire nella tabe mesenterica, che non di rado sussegue, quando il male nel suo primo apparire venga trascurato. Anche nelle evacuazioni caratteristiche del tifo il medicamento riesce giovevole; ed il dott. Coghill da molto tempo suole prescrivere nelle forme miti di tifo semplice il cloruro di calcio per bocca sciolto nel latte, ed esternamente epitemi di trementina sul basso ventre.

Il dott. Bell raccomanda del pari il cloruro di calcio come eccellente rimedio, non solamente contro le malattie scrofolose, ma ancora contro la *tubercolosi*. Lo trovava giovevolissimo nei disturbi della digestione e della nutrizione, che nei fanciulli spesso adducono cachessia; nei quali casi agisce meglio e più sicuramente dell'olio di fegato di merluzzo. L'Autore per altro fa osservare come sia necessario che tale medicamento sia sostenuto da buone regole dietetiche acciocchè sia pienamente proficuo; così giova fare mattina e sera frizioni con olio d'oliva sul ventre, da coprirsi poi con fascia di lana. Molto latte è da dare; sono invece da evitarsi nutrimenti feculenti e dolciumi. Racconta pure d'aver ottenuto buoni successi nelle malattie scrofolose delle ossa e nei tumori glandolari; e similmente in parecchi casi di tisi polmonare nel primo stadio, nei quali adoprava insieme l'arsenico, ed in uno di peritonite tubercolosa. Il Coghill si serve del medicamento in soluzione, quale è indicata nella Farmacopea d'Edimburgo (*Solutio calcis muriatis*), e che si compone di 8 oncie (circa 250 grammi) di sale cristallizzato non anidro in 12 oncie (circa 290 grammi) d'acqua distillata. La dose per un adulto può variare da 20 o 30 sino a 50 goccie (1,20-1,80-3,00 grammi) in un bicchiere di latte, tre volte al giorno ed anche più; se possibile dopo il pasto. Se siavi malattia od irritazione dello stomaco o degl'intestini,

converrà dare piccole dosi o più spesso ripetute in eccipiente caldo. In molti casi torna opportuno far uso ad un tempo dell'olio di fegato di merluzzo, ed anche dei preparati.

Il miglior eccipiente è il latte, il quale in oltre può essere pure indicato come mezzo dietetico; il Coghill è inclinato a credere che il cloruro di calcio per opera dell'acido lattico subisca particolare chimica scomposizione. Dopo il latte torna utile uno sciroppo, il cui zucchero aumenta la solubilità della calce. Anzi a suo avviso sarebbe da raccomandare uno sciroppo di cloruro di calcio, in cui questo entrasse nella proporzione di 5 oncie (150 grammi circa) in 12 (circa 290 grammi) di liquido, da darsi alla dose d'un cucchiajo da thè, mescendolo, se piaccia, al latte.

Sul ferro dializzato e sul suo valore terapeutico; del dottor BOUCHARDAT. (*Bulletin général de Thérapeutique*, 1878, XCIV, 49).

Il ferro dializzato è una soluzione d'ossido di ferro (ottenuta da un ossicloruro ferrico che contiene 5 equiv. d'ossido e 1 equiv. di cloruro, ed avuto dalla reazione dell'ammoniaca sul cloruro ferrico liquido) messo entro un dializzatore comune, galleggiante in molta acqua. Perchè l'esosmosi si compia, il diaframma del dializzatore essendo di pergamena vegetale, ossia di carta bianca senza colla indurita dall' acido solforico concentrato, occorrono 12 o 15 giorni; e la soluzione finale di colore rosso-bruno-fosco, senz'odore, di sapore lievemente astringente deve avere la densità di 1,045, ovvero 6 a 7 gradi Baumé, e contenere 5 per 100 d'ossido. Evaporata cotesta soluzione lascia un residuo bruno-rossiccio insolubile nell'acqua fredda e nella calda. I medici tedeschi sogliono prescrivere il ferro dializzato con altrettanta quantità di acqua di cannella (30 grammi): a cui s'aggiungono parti eguali di glicerina ed alcool (5 grammi); ad un adulto se ne danno 3 o 4 cucchiaj da caffè al giorno di cotesta pozione, ognuno de' quali, valutato sia di 5 grammi, conterrà 2,14 d'ossido di ferro dializzato, ovverossia 10 centigrammi d'ossido di ferro secco.

Ma circa il valore terapeutico di questa preparazione il Bouchardat condivide il parere del farmacista J. Depaire, professore nell'Università di Bruxelles, cioè che sia il meno attivo dei ferruginosi. Ho sempre sostenuto, soggiunge il Bouchardat, e credo assolutamente che i sali di ferro al massimo grado d'ossidazione siano inferiori per valore terapeutico al ferro metallico porfirizzato, o meglio al ferro Quévenne (ferro ridotto dall' idrogeno), od anche alle preparazioni di carbonato ferroso o d' ossido ferroso combinato con un acido organico. *Teoricamente* mi sembra debba essere la meno sicura delle preparazioni marziali in cui entra l'ossido ferrico per due ragioni: 1° il ferro che dicesi *dializzato* non trapassa il dializzatore e però non può essere assorbito; 2° con piccolissime quantità d'alcali, di terre alcaline, d'acidi, di materie diverse contenute negli alimenti si converte in un composto insolubile.

La quale opinione il Bouchardat vuol mantenere sinchè i fatti clinici palesemente non mostrino che la cosa va altrimenti.

Per altro sulla copertina dello stesso fascicolo del *Bulletin général de Thérapeutique* è pomposamente annunziato il *ferro Bravais* (*Fer dialysé Bravais*) premiato con 3 medaglie alle Mostre di Parigi, Bruxelles e Filadelfia, *seul adopté dans tous les hôpitaux, ordonné par tous les principaux Médecins ! !*

Nuovo metodo di amministrare lo jodio nei fanciulli rachitici oltremodo deboli facendolo passare per il latte di nutrice o di vacca; suggerito dal dott. Gemmel in Birnbaum. (*Berl. Klin. Wochenschr.* 1877, XIV, 15).

Il metodo, come fanno osservare il Mettenheimer (*Memorabilien*, 1877, XXIII, 399), ed il Winter (*Schmidt's Jahrbücher*, 1877, CLXXVI, 219) è tutt'altro che nuovo, nondimeno il caso riferito dal suddetto dott. Gemmel è bella prova come tale sussidio possa riescire efficacissimo. E per vero quel bambino di 20 mesi era sì estenuato che appena avea forza di gridare; ogni miglior mezzo analettico senz'effetto[1], siccome pure l'olio di fegato di merluzzo, il joduro di ferro e di potassio amministrati direttamente. Allo spuntar d'alcuni denti era pure la mucosa della bocca caduta su varj punti in cangrena. Data alla nutrice una soluzione di joduro di potassio (4 in 200: ogni 3 ore un cucchiajo), il latte dopo pochi giorni conteneva certa quantità di jodio, e il bambino che poppava cominciò a migliorare; e così si rimise da poter, quando dopo undici settimane venne meno la secrezione delle mammelle della balia, essere portato ai bagni di Kreuznach dove compiè la cura, in guisa da dileguarsi quasi ogni traccia di rachitide. La nutrice sopportava benissimo il joduro di potassio e per cinque settimane diede latte in abbondanza. Temendo che questo venisse meno quando ancora ne fosse bisogno, si pensò di dare ad una vacca 10 grammi al giorno di joduro; d'apprima parve soffrirne, ma poi lo tollerò benissimo, e dopo 14 giorni poteva dimostrarsi lo jodio nel latte. Come s'è detto, non nuovo era tale modo d'amministrare cotesto medicamento: fin dal 1846 Labourdette e Dumesnil avendo instituiti esperimenti sulle vacche dando loro dello joduro di potassio col mangime; ma quelli non furono divulgati che nel 1856 e soltanto nel 1859 il Bouley ne fece argomento d'una relazione all'Accademia di medicina di Parigi. Per altro in una dissertazione pubblicata a Marburg nel 1847 (*de transitu medicamentorum in lac*), e compilata sotto la direzione di Falck e Bunsen si dava notizia di esperienze fatte in una capra con lo joduro di potassio e la tintura di jodio. Nel 1857 apparve altresì il pregevole lavoro del Lewald di Breslavia sul passaggio dei medicamenti nel latte, e l'anno dopo il dott. Schott di Frankfurt sul Meno proponeva di giovarsi delle acque di Sulzbrunn ricche di jodio per trasmettere questo nel latte umano o di animale, mostrando altresì l'utilità di simile latte. Raccomandazioni che pur vennero fatte successivamente da altri medici, siccome Ditterich, Hertel, Pio-

gey, Nadler per gli esperimenti instituiti nelle vacche e soprattutto nelle capre. Schäffer pure nel 1859 avea notato il transito dello jodio nel latte di donna che prendeva joduro di potassio.

Delle indicazioni comparate della morfina e della digitale nel corso delle affezioni organiche del cuore; del dott. A. Gubler. (*Journal de Thérapeutique*, 1877, N. 10, 21, 23, 1878, N. 1).

Da quest' importante memoria, la quale è una specie di compendio della terapeutica delle malattie del cuore, leviamo le seguenti proposizioni, nelle quali lo stesso Autore riassumeva i suoi concetti, meritevoli di considerazione, anche da chi non fosse disposto a pienamente approvarli. Tutti poi approveranno la massima fondamentale che nella cura delle affezioni cardiache non può il medico attenersi, come a rimedio sovrano, per quanto efficace, ad unico presidio, bensì si gioverà d'un insieme di mezzi razionali, adatti ai diversi stati patologici, che successivamente si manifestano: invece d'una specie di panacea, che rende superfluo il riflettere ed il ragionare, il medico avrà con severa analisi da scegliere in una serie di *mezzi fisiologici*, quelli che meglio corrispondono alle indicazioni razionali e precise, che gli si presentano innanzi ed alle quali deve soddisfare:

1.° La digitale, moderatore e regolatore per eccellenza del ritmo della circolazione, aumenta l'energia d'ogni sistole proporzionatamente al diminuire che fa il numero degli atti cardiaci. Tale effetto può esprimersi, secondo una formola aritmetica, in questi termini: la forza spesa dal cuore nell'unità di tempo essendo relativamente costante, il valore assoluto della funzione è tanto più grande, quanto più piccolo è il denominatore.

2.° Mediante questa *coibizione*, con o senza il sussidio d'un' azione direttamente ipercinetica, od anche corroborante, la cui probabile esistenza non è per altro dimostrata, la digitale diventa un agente prezioso della medicazione tonica speciale, in alcuni soggetti afflitti da palpitazioni nervose, e nella maggior parte di cardio-pazienti.

3.° I suoi buoni effetti sono in certo modo sicuri finchè l' asistolia dipende dal disordine dell' innervazione cardiaca e dalla sregolata azione della forza contrattile del miocardio. Quest' *atassia cardiaca* è la condizione normale delle lesioni organiche del cuore ne' primi loro stadj, e persiste non solo ne'successivi, ma spesso ancora in mezzo alle complicazioni generali, che sempre più offuscano il quadro sintomatico de' casi più gravi.

4.° Nondimeno giunge un momento in cui l'asistolia non è più semplicemente effetto d'una successione troppo rapida di sforzi più o meno inani e in conseguenza inefficaci: la debolezza sovrasta; l' agitazione (*folie du coeur* del Bouillaud) ha ceduto il posto all'impotenza. Allora il regno della digitale è finito; incomincia quello dei tonici diretti o indiretti, dei dinamofori.

5.° Fra tutti questi rimedj il primo luogo spetta, non v' ha dubbio,

all'oppio e a taluna delle sostanze, che ne derivano. La morfina, specialmente, gode di notabile efficacia contro gli effetti della paralisi cardiaca, compresi sotto la voce *cardioplegia*.

6.° Rianimando la vitalità della rete capillare sanguigna, stimolando l'ematosi e gli atti nutritivi, la morfina favorisce l'incremento della forza in generale e particolarmente quello della forza eccito-motrice nel bulbo spinale, e della conducibilità nei cordoni nervosi, che ne emanano. Tuttavia essa concorre a rafforzare la circolazione e consecutivamente le altre grandi funzioni per mezzo della calma che arreca alla sensibilità e quindi ancora nel ritmo dei movimenti del cuore. Agisce in modo consimile con le sue proprietà ipnotiche, poichè il sonno toglie tante cagioni di disperdimento, e la *congestione soporifera* è condizione anatomica quanto mai favorevole alla ristaurazione ed alla nutrizione dei centri nervosi, poverissimi di vasi capillari.

7.° Pur conoscendo bene le qualità differenti della digitalina e della morfina, pur avendoci la fina analisi dei fatti clinici dato modo di cogliere le due principali condizioni patologiche in cui questi grandi medicamenti sono indicati, siamo ben lungi dall'essere per fatto di scienza in grado di guidarci con sicurezza nella scelta del rimedio acconcio ad ogni caso particolare. A quali segni s'accorgerà il medico che deve volgersi piuttosto all'oppio che alla digitale; ovvero, ciò che per noi è lo stesso, a quali caratteri differenziali potrà egli distinguere la *cardioplegia* dalla *cardio-atassia*? Ecco quanto importerebbe di fermare.

8.° La digitale è come necessaria, e quasi evidentemente imposta nelle lesioni semplici degli orifizj e delle valvole, anche inveterate, purchè siano in soggetti giovani e del resto in buone condizioni, od in soggetti attempati ma senza veruna di quelle alterazioni generali, che formano la *cachessia cardiaca*. Il dubbio comincia quando l'asistolia è accompagnata da complicazioni gravi; anasarca, idropisie interne, albuminuria, cianosi, ortopnea, ecc. In simili casi si dovrà procedere a tastoni. Lo stesso si farà nei casi di palpitazioni puramente nervose, le quali si suddividono senza dubbio, come i disordini circolatorj secondarj delle lesioni organiche del cuore, in steniche o irritative, e asteniche o paralitiche; ma la storia di esse è tuttora troppo poco nota perchè sia possibile di distinguerle dai loro caratteri apparenti.

9.° Nei casi dubbj la digitale si presenta pur sempre con le maggiori probabilità di buon successo; e noi l'abbiamo veduta riescire quando ogni speranza pareva perduta. Da essa bisogna incominciare con il riguardo per altro d'invigilarne attentamente gli effetti, affine di potersi fermare in tempo se la controindicazione divenga manifesta.

Circa poi l'amministrazione della digitale il Gubler dà alcuni precetti, che pure ci piace ripetere, premesso che ad ogni altra preparazione va anteposta la tintura alcoolica della Farmacopea di Francia, ovvero una delle due digitaline francesi. Anche l'infusione e specialmente la macerazione delle foglie in acqua fredda o calda, ma non oltre

i 70° C., sono molto attive; se non che muovono troppo la nausea ed anche il vomito e la catarsi per poter adoprarle nei cardio-pazienti, mentre invece sono per ciò stesso da preferirsi nella cura della pneumonite e delle infiammazioni acute febbrili. Se si voglia agire in modo pronto e sicuro con il principio attivo della digitale, non lo si adoperi già allo stato solido in forma di pillole o di granuli, che talvolta scorrono tutto il tubo intestinale senza subire mutamento, bensì si prescriva la digitalina in soluzione alcoolica, debitamente diluita in eccipiente acquoso.

La soluzione alcoolica ad 1|500 (2 milligrammi per grammo) è abbastanza concentrata per la *digitalina amorfa* di Homolle e Quevenne; tale proporzione rimarrebbe *passablement maniable* rispetto alla *digitalina cristallizzata* di Nativelle, molto più potente dell'altra nell'uomo. Importa moltissimo di contenere nei giusti limiti la dose; e quanto meno decisa ne sia l'indicazione, tanto più tenui si terranno le dosi e fra loro maggiormente distanti. La dose media, per volta, può stimarsi di 10 goccie per la tintura alcoolica di digitale; 1 milligr. per la digitalina amorfa (15 goccie di soluzione alcoolica); 1|4 di milligr. per la digitalina cristallizzata (4 goccie di soluzione alcoolica); e tale dose può essere ripetuta due o tre volte nella giornata, ma di rado occorreva d'andare oltre le 20 goccie per la tintura alcoolica di digitale, o i 2 milligrammi per la digitalina amorfa. Le preparazioni di digitale irritando assaissimo il tessuto cellulare, non possono essere introdotte che per la via dello stomaco, e fuori del tempo del pasto. Se nondimeno lo stomaco non potesse comportarle, bisogna associarle a correttivi aromatici, come la tintura di cardamomo, l'essenza di menta. Se l'ansietà, la piccolezza e l'irregolarità dei polsi dopo le prime dosi aumenti, anzi che diminuire, non si dovrà continuare più di due giorni nell'uso della digitale, od almeno ad amministrarla sola. La si associerà agli oppiati corretti dagli aromatici; e quando neppur ciò bastasse la si metta affatto da parte. Invece s'avrà motivo di continuare con coraggio quando fin dalle prime dosi s'abbia qualche benefizio. Manifesti vantaggj non appajono che verso il terzo giorno; non bisogna per altro protrarne l'uso oltre 5 a 6 giorni di seguito, per evitare che non sopravvengano fenomeni tossici, in conseguenza dell'*accumulata azione per sovrapponimento di dosi* negli elementi istologici, giacchè i sintomi dell'azione della digitale crescono ordinariamente per 1 o 2 giorni ancora dopo essere stato rimosso il medicamento.

E rispetto all'oppio ed alla morfina il nostro Autore ha pure queste avvertenze.

Nelle malattie organiche del cuore, non complicate da gravi lesioni dell'aorta e soprattutto del suo arco, l'oppio subentra tardi alla digitale. La morfina può prestare buoni servigj tosto che comincia a venir meno la resistenza organica; e sempre più quando sopravvengono sintomi cachettici. Negli ultimi stadj del male, quando la paralisi invade progres-

sivamente l'apparecchio centrale della circolazione, la morfina diviene indispensabile, specie di *ultima ratio* della terapeutica dei malati di cuore Nelle affezioni aortiche, siano o no complicate a lesioni cardiache, l'indicazione della morfina è molto più sollecita; sorge talvolta prima che appajano sintomi razionali del male, spesso prima di qualsiasi alterazione cachettica, e quasi sempre negli stadj poco inoltrati. Essa calma nel 1° caso i dolori acuti dell'*angor pectoris*; corregge nel 2° gli effetti paralitici, che provengono dalla distensione e dal logorio dei ramuscoli nervosi in conseguenza delle dilatazioni aneurismatiche dell'aorta; nel 3° si oppone pure a cotesta paralisi da causa locale ed insieme allo stato di paresi, che deriva dall' insufficiente riparazione dei centri nervosi, dall' alterazione della crasi del sangue e di tutta l' economia. In tutti questi casi, tranne le complicazioni dolorose dell'*angina pectoris*, l'oppio e i medicamenti che ne derivano giovano unicamente sin che operano da stimolanti e indirettamente da corroboranti; gli effetti stupefacenti ed ipnotici non possono che aggravare gli altri, che dalla malattia procedono. Ma gli oppiati, affinchè siano stimolanti, debbon esser amministrati in piccole dosi e a brevi intervalli; e per non accrescere il torpore degli organi digerenti, si deve evitare di darli per bocca; donde la necessità di preferire l' alcaloide per le injezioni ipodermiche. Con il qual metodo si ha il vantaggio d' introdurre il medicamento in qualsiasi momento, e di procedere con rapidità e sicurezza. Da principio la dose massima per volta sarà di 1 centigrammo e meglio di 1/2 centigrammo per prevenire le nausee, le vertigini ed altri disturbi, ed in pari tempo perchè non rimanga sopraffatta l'eccitazione dai sintomi di narcosi e d' ipnotismo. Le injezioni di 5 milligrammi o di 1 centigrammo saranno ripetute due o tre volte nelle 24 ore; anche avverrà di farne così volendo il caso, uso abituale e *pour ainsi dire indéfini*; ed allora la dose potrà essere portata a 4, 6, 8 e 10 centigrammi, distribuiti in 3 o 4 injezioni ipodermiche da farsi, con intervalli presso che uguali, nelle 24 ore. Gl' inconvenienti del *morfinismo cronico* non possono esser messi alla pari con i pericoli immediati e gravi, che minacciano la vita del malato. D'altra parte tali inconvenienti, che provengono dall'abuso, cioè dalla protratta continuazione di dosi non *assolutamente troppo alte*, ma *relativamente eccessive*, non sono sì temibili quanto generalmente si crede; possono essere evitati, avendo riguardo che la dose quotidiana sia giustamente proporzionata al bisogno, e sia continuamente distrutta od eliminata.

Malgrado le diverse attitudini, e le indicazioni fino a un certo punto contradditorie, gli oppiati e le preparazioni di digitale non s' escludono necessariamente, nè sempre. Questi due medicamenti eroici si porgono invece mutuo soccorso nelle fasi transitorie o nelle forme complicate delle malattie del cuore; quando ad esempio l'elemento *dolore* s'aggiunge ai disordini dei movimenti cardiaci, o quando l' asistolia esprime non

solo il tumulto o l'atassia del cuore, ma anche un certo grado di paralisi o di cardioplegia. In tali condizioni l'unione dell'oppio con la digitale è più che permessa, espressamente raccomandata. Le injezioni di morfina col mantenere le forze rendono più sicuri gli effetti regolatori della digitale e servono in pari tempo a bilanciare l'azione depressiva, che la digitale stessa fa sentire tosto che la dose introdotta sia relativamente esagerata. Non occorre dire che l'amministrazione successiva o simultanea dei due grandi rimedj cardiaci non chiude la porta ad altri mezzi di cura tratti dall' igiene o dalla materia medica. I tonici e gli stimolanti, i diuretici e i sedativi, il bromuro di potassio, la caffeina, l' idroterapia, l'aria compressa, ecc., possono rendere, opportunamente adoperati, ottimi servizj nelle lesioni organiche di cuore. Così il Gubler assicura d'aver ottenuto ottimi effetti dall'azione diuretica della caffeina data per bocca, mentre injettava la morfina sotto la pelle. (Vedi sopra l'articolo *Caffeina*).

Sulla virtù blennostatica e l'azione fisiologica del kava, Piper methysticum; del dott. A. Gubler. (*Journal de Thérapeutique*, 1878, p. 81).

A Taïti, alle isole della Società, Sandwich, Marchesi, Tonga ed in altre parti dell'Oceania dalla radice del *Piper methysticum* (*kava*), fatta macerare nell'acqua dopo essere stata masticata, traesi una bevanda inebbriante, la quale induce sonno piacevole per fantasmi voluttuosi, ed anche è adoperata per prevenire o guarire le affezioni sifilitiche, siccome a piccole dosi serve a stimolare le funzioni digerenti, nei paesi caldi spesso languide. Il Cuzent, farmacista della marina militare francese a Taïti, avviò i primi passi per far entrare nella terapeutica europea questa droga facendone conoscere la storia naturale, le proprietà farmaceutiche e chimiche; altre osservazioni su di essa e su l'*ava* aggiungeva il dottor O' Rorke, e da ultimo il dott. Edoardo Dupuy nel *Giornale di Terapeutica* metteva in vista le proprietà anti-blennorragiche di cotesto pepe, delle quali avea già dato sentore il Cook, e che il predetto Cuzent, Quatrefages e Fonssagrives aveano confermato. Il Gubler in un caso ebbe modo di farne ottima prova, e per lui quello basta per tenere il kava non solo efficace contro la blennorragia, ma ancora opportunissimo quando maggiore è l'acme e l' intensità del male, essendo altresì ottimamente tollerato dallo stomaco; in oltre quel fatto davagli il destro d' interpretare il modo con cui opera il nuovo medicamento.

Queste le conclusioni dell'articolo:

1.° La radice di kava (*Piper methysticum*) ha proprietà diverse; delle quali possono farsi due classi; cefaliche ed inebbrianti; diuretiche e blennostatiche.

2.° L'ebbrezza prodotta dal kava è specialissima nè somiglia punto a quella dell'alcool. La macerazione, che gl' indigeni chiamano *ava*, non ha subìto veruna fermentazione alcoolica, e la masticazione che vi si premette non ha altro effetto, producendo del glucosio, che di conferire al liquore aromatico sapore dolcigno e zuccherino.

3.° Fra i sintomi di tale ebbrezza od *avaismo acuto*, il più notabile ed importante consiste in un' eccitazione genesica non negli organi sessuali, ma nei centri nervosi, che sono *sede dell'istinto di riproduzione.* Non v'ha priapismo, ma sentimento erotico.

4.° Il kava ha altresì la virtù di moderare lo stato infiammatorio degli organi genito-orinarj, e di scemare o torre il catarro muco-purulento della mucosa uretro-vescicale, verisimilmente per effetto d'azione diuretica e blennostatica insieme.

5.° L'azione anti-catarrale diretta e tossica è dovuta ad una sostanza balsamica, oleoresinosa, paragonabile alle trementine generalmente adoprate.

6.° Gli effetti diuretici e anti-catarrali indiretti dipendono in parte da quest'oleoresina, ma specialmente dalla sostanza neutra cristallizzabile detta *kawahina*, e forse da un alcaloide non cercato ancora, il quale, trovato che fosse, renderebbe benissimo ragione dell'ebbrezza particolare come pure delle modificazioni nella circolazione e nelle secrezioni dell'apparecchio uro-genitale.

7.° Tale doppia azione sugli organi genito-orinarj dà al kava notabile efficacia nell' uretrite, e nello stadio della maggiore sua infiammazione. Spiega altresì com'esso riesca nei casi in cui fallirono le trementine pure, e fa capire quanto sia utile associare le varie specie di pepe, specialmente il cubebe, i cui effetti sono analoghi a quelli del kava, all'oleo-resina del copaibe, per assodare la guarigione delle blennorragie acute ed intense.

8.° L' uso terapeutico del kava è tanto più commendevole, poichè non è punto spiacevole, nè produce verun disturbo negli organi digerenti.

= Fin qui il prof. Gubler. Giova per altro far notare che già il dottor G. Planchon, professore alla Scuola superiore di Farmacia di Parigi, nell'ultima edizione dell'*Histoire naturelle des drogues simples* del Guibourt (Paris 1869, II, 277) aveva posta intorno l'*Ava* o *Kava* la seguente nota:

« *Piper methysticum* di Forster. L'azione sudorifera e i benefici effetti che può produrre nelle affezioni catarrali e nella blennorragia non sono da trascurare nella terapeutica. Le radici di questa specie sono grosse, di color bigio all'esterno, bianchiccie internamente, spugnose, segnate da fibre che a guisa di raggi vanno dal centro alla circonferenza. L'odore è lievemente aromatico; sono, quando si masticano, acri, astringenti, scialagoghe. Contengono un principio cristallino, isolato dal Morson nel 1844 (*Pharmaceutical Journal*, III, 473 e 525), meglio studiato dal Gobley nel 1859 col nome di *metisticina* e dal Cuzent con l'altro di *kavaina* (1). Tale sostanza ha la forma di aghi setacei, senza colore,

(1) Vi trovava pure un olio etereo di color giallo. La Kavaina, secondo il Cuzent, non contiene azoto ned ha proprietà alcalina: si compone in 100 parti

senz' odore, insipida, non salificabile; fusibile a 130° si scompone oltre questa temperatura; insolubile nell'acqua, appena solubile nell'alcool e nell'etere; l'acido cloridrico la scioglie e l'ingiallisce; l'acido nitrico gli dà color giallo aranciato, e bel violetto l' acido solforico puro. Gobley notava ancora, insieme con la metisticina della cellulosa e dell' amido, una resina acre, verdognola, una materia gommosa e diversi sali. (« Recherches chimiques sur la racine de kava. » In: « Journ. de pharm. 1860, XXXVII, 19).

Lo Strumpf, il Wiggers, l'Henkel, lo Schroff, ecc. nelle loro opere di Farmacologia e Farmacognosia ricordano questa droga e le sue virtù (1). Ma già fin dal 1825, senza dire dell'articolo del Née inserito negli *Anales de ciencias naturales* di Madrid (1803, VI, 290), apparve nel *Bulletin des sciences médicales* del Fergusson (VI, 294) una *Note sur l'Ava. Piper methysticum des Naturels des Iles Océaniennes* scritta da R. P. Lesson che fu in quelle aque medico su la corvetta *La Coquille*, di cui poscia descrisse il viaggio (2). Tale memoria servì poi al Mérat per compilare l' articolo *Piper methysticum* nel celebrato suo *Dictionnaire universel de matière médicale* (Paris 1833, V, 335). Dalla memorietta del Lesson leviamo quel brano, che più s'affà al caso nostro.

« L'*Ava* è il solo rimedio che quei di Taïti usano per liberarsi dalle malattie veneree che sono fra loro penetrate e che tuttodì loro arrecano le navi inglesi che vi approdano. Ecco il loro metodo per servirsi di tal mezzo di cura: preparano una macerazione concentrata d' *ava*, che bevuta li ubbriaca per ventiquattr'ore. All'ebbrezza susseguono sudori copiosi e continui per tre giorni. Frattanto l' infermo sta chiuso nella sua capanna, ed ha cura di quell' eccessiva traspirazione. Passati alcuni giorni torna a prendere il medicamento, ed è raro, secondo che dicono, che dopo tre o quattro dosi il male non si dilegui. L' *ava* agirebbe così come il guajaco e la salsapariglia ne'climi caldi, che ne coadjuvano l' azione. Il vitto tenue degli abitanti di Taïti, che per molta parte non si nutrono che di frutti è pur a ciò favorevolissimo. Si noti che quando quella gente ha la *gonorrea*, non beve, od almeno di rado, l'emulsione lattiginosa del coco, quantunque sia per essi bevanda consueta, poi-

di carbonio 65, idrogeno 5, ossigeno 28. La radice di solito pesa 1 o 2 chilogr., ma talvolta anche 10. (« Taïti, ou Recherches sur les principales productions de l'île. » Paris 1860, 1 vol. in 8.°. — « Journal de Pharmacie et de Chimie », 1861, Tom. XXXIX, p. 202).

(2) Strumpf F. L. « Systematisches Handbuch der Arzneimittellehre. » Berlin 1848, I 665. — Wiggers A. « Handbuch der Pharmacognosie. » Göttingen 1864, p. 192. — Henkel. « Handbuch der Pharmacognosie. » Tübingen 1867, p. 353. — Schroff C. « Lehrbuch der Pharmacognosie. » Wien 1869, p. 115. Il Cantani lo indica pure nel suo *Manuale di Materia Medica* (II, 805).

(3) Lesson R. P. « Voyage médicale autour du monde, exécuté sur la corvette du Roi la Coquille, commandée par M. L. J. Duperrey, pendant les années 1822-25. » Paris 1829, 8.°

chè sì fatto liquore contiene un acido che più che mai aumenta il bruciore quando le orine passano pel canale dell' uretra. Ho osservato che la scolagione de' nostri marinaj, che bevevano *latte di coco*, macchiava la biancheria di nero.

Ma sotto un cielo sempre caldo, e con un'alta temperatura in uomini che si bagnano più volte al dì e che passano tutto il giorno senza far niente, la natura da sè sola, ne' casi più semplici di coito impuro, sostiene tutta l'opera della guarigione. Gl' Inglesi hanno introdotto la radice d'ava nelle loro farmacie; ne vantano specialmente la tintura nei reumatismi cronici ...... »

Il Mérat soggiunge che le donne di Taïti bevono dell'ava o kava *per precauzione*, quand'abbiano avuto a fare con marinaj; ed anche fa notare con il Lesson come le varie specie di pepe siano adoprate nella cura delle malattie veneree in luoghi lontanissimi, e senza che possa ammettersi che l'uno all' altro popolo abbia suggerito il rimedio: nell'India si adopera il *cubebe*, a Taïti l'*ava*, ad Amboina il *Piper siriboa*, al Messico il *Piper amalago*, al Brasile il *Nhandi* ed il *Jaborandi*, che sono due qualità di pepe. — Cotesto accordo procede senza dubbio da ciò che comuni sono nelle varie specie di pepe le proprietà, avendo tutte gli stessi principj attivi od almeno molto affini; e che tali proprietà facilmente si rivelano ai sensi. *Vim habet*, diceva Dioscoride, *omne piper calefacientem*, *diureticam*, *concotricem*, *epispaticam* (attraente) *discutientem*. (« De materia medica », Lib. II, Cap. CLXXXVIII, Lipsiae 1829, I, 299). Ed il medico d'Anazarba fu una specie d'oracolo, riguardo alla materia medica ed all'azione de'medicamenti, per i medici greci posteriori, gli arabi e gli arabisti, che è quanto dire fino al cinquecento. E le parole sue erano altresì avvalorate dalla sconfinata autorità di Galeno, il quale scrisse che il pepe nero ed il bianco *scaldano e disseccano valorosamente*. (« De simplicium medicamentium temperamentis ac facultatibus. » Lib. VIII, Cap. XVI. Opera. Lipsiae 1826, XII, 97). E però gli scrittori di farmacologia e di dietetica del secolo XVI ponevanlo come medicamento *caldo e secco* presso al quarto grado, e dicevano che muoveva l'orina e consumava la flemma (Durante Castor. « Il tesoro della Sanità. » Roma 1586, p. 138. — Pisanelli Baldassare. « Il trattato della natura de'cibi et del bere. » Venezia 1586, p. 116). Tanto bastava perchè il pepe fosse portato fra i rimedj della blennorragia e della blennorrea. Intorno al qual uso, divenuto volgare specialmente fra i soldati, può vedersi curiosa osservazione del Reveillé-Parise nel « Journal Général de Médecine », del 1820. (T. LXXI, p. 105). =

BIBLIOGRAFIA

Corradi Alfonso. **Dell' ostetricia in Italia dalla metà dello scorso secolo fino al presente.** Commentario in risposta al Programma di concorso della Società medico-chirurgica di Bologna per l'anno 1871 e premiato dalla Società medesima. (Bologna 1874-77, 3 vol. di pag. 1640 in 4°).

Gli *Annali* non potendo di quest'opera recare particolare giudizio, rimettono il lettore a quello che n' hanno dato i giornali medici non pure nostrani, ma stranieri (1), e si limitano a trascrivere il *Sommario*, acciocchè di qualche guisa appaja l'ampiezza e l'intendimento dell'opera stessa.

Introduzione. — Dell'ostetricia in Italia nel secolo XVIII.

A. Delle scuole e dell'insegnamento: I Scuola di Torino. — II di Bologna. — III di Padova e Venezia. — IV di Milano e Pavia. — V di

(1) Per esempio il *Jahresbericht* del Virchow, gli *Schmidt's Jahrbücher*, l' *Archiv für Gynækologie*, nel quale ultimo giornale il dottor Davidson poneva quest'articolo:

Der Berühmte Epidemiolog Italiens, Alfonso Corradi, hat sich neben seinen « Annali delle Epidemie occorsi in Italia » ein neues Verdienst um sein Vaterland erworben durch die Herausgabe dieses bewunderns-werthen Buches. Mit Geschick und Geläufigkeit hat er die hinaltreichen Archive Italiens durchforscht und von dort her die überraschendsten Resultate zu Tage gefördert. Wir erinnern nur an das kleine Meisterstück « Das Alter der Rhinoplastik ». Aus diesen archivalischen Arbeiten ist nun Corradi auf ein Gebiet übergangen, welches zeigt, dass er ebenso vollendeter Gynäkolog, wie gründlicher Historiker ist. Ist es die Eigenartigkeit des italienischen Buchhandels, die uns die Leistungen Italiens bisher verdunkelt hat, so giebt uns der Verfasser auf jeder Seite neue Aufschlüsse über die Leistungen in seinem Vaterlande. Es giebt kein Werk über die Geschichte einer medicinischen Disciplin, das sich an Umfang, Genauigkeit und Vollständigkeit mit diesem messen könnte, durchgehends ist das Buch eben so reich an Belehrung wie an Auskünften. Dass bei solchem Umfange manches unterläuft, was für uns Fremde zu weitläufig sich ausnimmt, vird man gewiss hingehen lassen, wenn man das hocwichtige statistische Material berücksichtigt, wie es sich über mehrfache Schwangerschaft, über 80 Fälle von extrauteriner Schwangerschaft, 70 Fälle von dappelleibigen Monstra, 158 Kaiserschnitte an Lebenden ausspricht. (*Archiv für Gynækologie*, Berlin 1877, XII, 505).

Firenze e Siena. — VI di Modena. — VII di Roma, di Napoli e d'altri luoghi.

B. Delle Opere pubblicate in Italia intorno l'Ostetricia nella seconda metà del secolo XVIII. — VIII Trattati generali. — IX Trattati minori per le levatrici. — X Altre opere di argomento generale e traduzioni. — XI Conclusione.

Della Scienza ed Arte ostetrica in Italia nel secolo XIX. — Capo 1.° — I Ajuti ed incoraggiamenti alla Scienza ed all'Arte. Instituti per le partorienti e per l'insegnamento dell'Ostetricia. — II Ragguagli delle cose fatte ed osservate negl'Instituti medesimi — Capo 2.° — I Dei Trattati generali. — II Del Metodo e dell'Esperimento in Ostetricia. — III Concetto e divisione dell'Ostetricia: saggi di Storia della medesima.

Parte 1.ª — Del concepimento e della gravidanza. — Capo 3.° — I Maturazione e distacco degli ovoli. — II Fecondazione. — III di alcune cause di sterilità. — Capo 4.° — I Del frutto del concepimento e delle parti annesse al medesimo. — II Lavori dell'Ercolani intorno la placenta. — III Nutrizione ed altre funzioni del feto. — Capo 5.° — I Misure del feto. — II Dell'attitudine e dei mutamenti di sito e di posizione del feto. — III Annotazioni circa l'opuscolo *de humano Foetu* dell'Aranzio. — Capo 6.° — I Dell'Esame ostetrico. Dell'Ascoltazione e Percussione. — II Della Pelvimetria. — Capo 7.° — I Di alcuni segni della gravidanza. — II Dei mutamenti che subisce l'utero gravido. — Capo 8.° — I Tempi e durata della gravidanza (*Gravidanza abbreviata e protratta*). — II Modi di calcolare e questa e quelli. — Capo 9.° — I Gravidanza composta o multipla. — II Superfetazione. — Capo 10.° — I Gravidanza complicata. Considerazioni generali. — II Vomito. — III Sudore fetente. — IV Sete. — V Diarrea, Stitichezza, Ostruzione intestinale, Ernie. — VI Cangrena e Cancroide della lingua, Stomatorragia, Epistassi. — VII Mastoite, Ipertrofia e Tumori delle mammelle. — VIII Disordini della circolazione e del respiro. — IX Alterazioni del sangue. — X Albuminuria, Anasarca, Idrope ascite. — XI Edema e Varici delle parti pudende. — XII Nevropatie in generale e di alcune in particolare (Granchio, Contrattura, Singhiozzo, Cardialgia, Nevralgia facciale, Ischiade, Prurito, Sordità, Emeralopia). — XIII Morbi inficienti e contagiosi (Sifilide, Vajuolo, Febbri eruttive, Tifo, Febbre gialla, Cholera). — XIV Osteomalacia e malattie delle articolazioni. — XV Infiammazione dell'utero e idrorrea. — XVI Tumori delle ovaje, dell'utero, della vagina e delle parti esterne. — XVII Spostamenti dell'utero. — XVIII Ferite e rotture dell'utero. — XIX Cistite e sfaldatura della mucosa vescicale, Calcoli e corpi estranei in vescica, Iscuria. — XX Operazioni chirurgiche nel tempo della gravidanza. — Capo 11.° — I Delle malattie che simulano la gravidanza e della cosidetta gravidanza falsa. — II Delle mole. — Capo 12.° Della gravidanza estrauterina. — Prospetti. — I Gravidanze estrauterine (con osservazioni anatomiche). *a)* Casi terminati direttamente in morte: 1.° Gravidanza ovarica. 2.° Gravidanza tubaria. 3.° Gravidanza

addominale. b) Casi con successioni varie: 1.° Gravidanza tubaria. 2.° Gravidanza addominale. — II Gravidanze estrauterine con successioni (senza osservazioni anatomiche). Considerazioni intorno i precedenti Prospetti. Osservazioni antiche di gravidanza estrauterina. — Capo 13.° — I Malattie degl' involucri e della placenta. — II Malattie del feto, e come esso compartecipi ai morbi ed ai perturbamenti della madre. — III Aborto. — IV Emorragia nella gravidanza.

Parte 2.ª — Del Parto: Sezione 1.ª — Del Parto naturale (Eutocia). — Capo 14.° — I Del bacino in generale considerato sotto il punto di vista dell'ostetricia: Insegnamenti del prof. Fabbri. — II Delle cause efficienti e della causa determinante il parto. — Capo 15.° — I Durata del soprapparto; com'essa non sia sempre uguale, e del diverso pericolo del parto secondo il sesso del feto. — II Età delle partorienti rispetto agli accidenti dello sgravio ed alla fecondità. — III Delle presentazioni e delle posizioni del feto. — Capo 16.° — I Del parto per il vertice. — II Per la faccia. — III Per le parti inferiori. — Capo 17.° — I Dei soccorsi alla donna partoriente. Posizioni varie nell'atto del partorire. — II Sedie e letti da parto. Movimenti ajutatori. — III Modi di preservare il perineo dalle rotture e per incidenza delle opinioni di Denman e di Goodell sull' influsso delle idee religiose nelle sorti dell' ostetricia. — IV Dell'anestesia nel parto. — V Dell'espulsione della placenta.

Sezione 2.ª — Del parto non naturale (distocia). — Capo 18.° — I Del significato del parto naturale e non naturale. Cagioni di distocia provenienti della madre. — II De' vizj delle pelvi in generale: ricerche storiche e discussioni in proposito. — III Della rachitide e della osteomalacia nel riguardo ostetrico. — Capo 19.° — I Del bacino obliquo ovale. Studj del Fabbri in proposito. — II Della pelvi deforme in conseguenza di claudicazione. — III Di alcune cagioni di deformità e strettezza del bacino. — Capo 20.° — De' principali soccorsi nelle varie specie di pelvi viziata. — Capo 21.° — I Distocia per vizio delle parti genitali molli e delle altre parti contenute, o intromesse nel bacino. Tumori delle ovaje. Della cellulare pelvica. Dell' intestino retto. Della vescica. Dell'utero e della vagina. — II Obliquità e spostamenti dell' utero. — III Vizj di forma del medesimo. — Capo 22.° — I Stenosi e atresia delle vie genitali e del collo uterino. — II Isterotomia. — Capo 23.° — I Inerzia dell'utero. Dell'uso della segale cornuta. — II Della china, dei chinacei e di altri espedienti ocitoci interni ed esterni. — III Dello spasmo e tetano uterino. — IV Del parto precipitoso. — Capo 24.° — I Delle emorragie negli ultimi mesi della gravidanza e nell'atto del parto (placenta previa. Parto forzato). — II Emorragie speciali o relative dell'Asdrubali. Del trattato del Bigeschi su le emorragie uterine. — III Cenni intorno la storia del parto forzato, e della regola seguita dagli antichi nella cura dei flussi di sangue dall'utero. — Capo 25.° — Della rottura dell' utero e della vagina. — Capo 26.° — Della rottura del perineo e di altre parti. — Capo 27.° — I Dell'eclampsia ed in generale delle convulsioni

-elle donne gravide, nelle partorienti e nelle puerpere. — II Della debolezza generale, delle malattie di cuore, dell'anasarca, ecc. come impedimento al parto. — Capo 28.° — I Della morte della donna gravida e della partoriente; dell'operazione cesarea *post mortem*. — II Del parto provocato artificiale istantaneo del Rizzoli (Parto forzato) per le vie naturali, da sostituirsi all'operazione cesarea predetta; dell'estrazione del feto per le vie medesime nelle gravide moribonde, secondo l'Esterle. — III Considerazioni in proposito. — Capo 29.° — I Cagioni di distocia procedenti dal feto. Presentazioni irregolari; mutamenti di posizione nelle parti presentate. — II Parto per la spalla. Versione ed Evoluzione spontanea. — III Operazioni diverse in tali casi di presentazioni irregolari (Decollazione, Vertebrotomia, Brachiotomia, Estrazione della testa staccata dal tronco, ecc.). — Capo 30.° — I Presentazione simultanea di più parti del feto. — II Malattie e vizj del feto medesimo, che rendono difficile od impediscono il parto. Eccessivo volume del corpo. Cranio soverchiamente inossito. Idrocefalo. — III Ernia cerebrale. Spina bifida. Ascite. — IV Tumori diversi sulla superficie e nell'interno del corpo del feto; tumori caudali e del perineo; altri inchiusi od esteriori di parassiti. — V Mostri per eccesso e per difetto. Mostri doppii. — VI Aderenze del feto all'utero ed alla placenta. — VII Del parto composto. — Capo 31.° — I Cagioni di distocia provenienti dalle parti annesse del feto. — II Funicolo ombellicale, breve, attortigliato, procidente. — III Ritenzione della placenta; assorbimento della medesima; modo di operare quando sia aderente. — IV Placenta incarcerata ed insaccata. — V Parto delle mole. — Capo 32.° — I Del parto pretermesso o mancato. — II Del feto morto.

Sezione 3.ª — Operazioni ostetriche. — Capo 33.° — I Avvertimento intorno alle operazioni. — II Del rivolgimento e della versione (Rivolgimento cefalico). — III Correzioni del modo di presentarsi del feto (Rivolgimento esterno). — Capo 34.° — I Storia ed uso del forcipe. — II Modificazioni ad esso fatte. — III Della leva e degli uncini ottusi. — Capo 35.° — I Cefalotomia, Cefalotripsia, Sfenotresi. — II Eviscerazione, Embriulcia. — Capo 36.° — Della gastroisterotomia. — Capo 37.° — I Della sinfisiotomia. — II Della pubitomia e pelviotomia. — III La sinfisiotomia combinata con altre operazioni. — IV Cenni storici intorno la sinfisiotomia e pubitomia. — Capo 38.° — Parto prematuro artificiale. — Capo 39.° — Dell'aborto provocato.

Parte 3.ª. — Del puerperio e del neonato. — Capo 40.° — I Conseguenze straordinarie e morbose del parto. Emorragie. — II Ecchimosi. Trombi. — III Lacerazioni del perineo e di altre parti. Infiammazione e paralisi della vescica. Gozzo e tiroidite. Ragadi all'ano. — IV Rovesciamento e prolasso dell'utero e della vagina. Prolasso della vescica. Ernia ombellicale. *Fegato ambulante*. — Capo 41.° — I Mutamenti che succedono nel puerperio rispetto alla circolazione del sangue, alla temperatura, alle varie secrezioni ed escrezioni agli organi genitali. — II Ma-

lattie o disposizioni morbose preesistenti, che scemano o dileguansi nel puerperio. — III Altre che continuano o s'aggravano nel puerperio; predisposizioni morbifere di questo stato; malattie e accidenti che ne conseguono (Idrope e Anasarca, Paralisi, Amaurosi, Mania, Eclampsia, Tetano, Convulsioni tetaniche, Malattie di cuore, Morte repentina ed apparente). — Capo 42.° — I Della cosidetta *Febbre puerperale.* — II Di altri morbi febbrili ed infiammatorj delle puerpere.

Parte 4.ª — Del neonato e dell'allattamento. — Capo 43.° — I Dei mutamenti principali nel feto subito che nato (Possibilità della vita senza respirazione. Secrezione del latte). — II Dell'allacciatura del cordone ombellicale. — Capo 44.° — I Dell'allattamento rispetto alla madre ed all' infante. Affezioni e stati diversi delle mammelle (Soppressione del latte; Mastite; Ascessi e tumori delle mammelle; Ragadi de' capezzoli; Galactocele; Febbre lattea; Anomalie della secrezione del latte; Galactorrea; Polimastia; Agalactia). — II Qualità del latte e modo di giudicarne; Metastasi lattee; Malattie delle nutrici; Succedanei del latte; Allattamento artificiale e forzato. — III Cenni intorno le cure necessarie ai bambini. — Capo 45.° — I Morte apparente; Asfissia. — II Apoplessia e cianosi. — III Debolezza congenita; Sclerema; Miosite traumatica. — Capo 46.° — I Di altre malattie ed imperfezioni del bambino di nascita; Vizj della bocca e della lingua; Imperforazione dell' ano, degl' intestini, dell'esofago e dell'uretra; Uraco pervio. — II Ernie e tumori; Cefalo-ematoma; Emorragia ombellicale; Fratture e lussazioni; Rachitide; Deformità delle mani e dei piedi. — III Itterizia; Sifilide; Peritonite.

Conclusione. — Appendice. — Altre aggiunte.

Rendiconto clinico riguardante la Sezione chirurgica dell'Ospitale Civile di Codogno; dal giugno 1868 al 31 dicembre 1876; del chirurgo primario dott. Cesare Stroppa, in 8° di pag. 140, Codogno 1877.

La pubblicazione di un resoconto clinico sia che venga consigliata dal desiderio di farsi conoscere per progredire nella propria carriera, o dal bisogno di giustificare l'antecedente operato o figuri unicamente quale effetto della passione all'arte che si professa, è pur sempre cosa lodevole ed utile. Il pratico infatti, senza pretendere di trovare in simili lavori grandi novità rimane contento quando vi vede sancite massime importanti e possa qua e là spigolare alcuni dettagli che acquistano speciale valore appunto perchè adornano e completano quel corredo di studii che piacerebbe trovare sempre in chi ha, od ebbe, la fortuna di dirigere una divisione ospitaliera.

Ed improntato di tali caratteri si presenta il Resoconto del dottor Stroppa, dal quale non si mancò di stralciare importanti casi (*Ann. Univ. di Medicina*, dicembre 1877, Parte Rivista), ed altri se ne riferiranno. Ci piace frattanto osservare come nel novennio, cui gli ammalati suoi appartengono, il dott. Stroppa abbia avuto solo 75 decessi su 1332 curati

vale a dire il 5,56 per 0|0 di mortalità in individui non scelti e senza che in quel turno di tempo fosse in voga la medicatura alla Lister, cui, per l'Autore, tennero luogo le intelligenti cure e le assidue medicazioni.

Sc.

VARIETÀ

Monumento ad Alessandro Volta. — Il 28 di questo mese d'aprile nell'Università di Pavia verrà dedicata al sommo Uomo una statua, dono d'un signore Pavese, il cav. Carlo Francesco Nocca. Quella è solennità non per una o per altra classe di scienziati, ma per chiunque attenda agli studj naturali; anzi è solennità di tutti se dalla scienza pura si passi all'applicata: chè niuna scoperta, niun' invenzione, verun concetto o principio dottrinale, verun apparecchio o strumento fu sì largo di applicazioni quanto la pila elettrica; le scienze, le arti, le industrie, i commercj, l'intiera vita civile insomma n'hanno tratto nuovi mezzi d'investigazione, nuovi sussidj, vantaggj e comodità. La scoperta ed invenzione insieme del professore di Pavia appare ogni dì più meravigliosa per ciò che nè il tempo, nè il succedersi delle applicazioni n'hanno esaurita la fecondità; ond'è che non sappiamo se quello che ne potremo ottenere possa esser maggiore del già ottenuto, che è pur tanto.

Noi medici in oltre abbiamo col Fisico di Como speciali obbligazioni: gliele dobbiamo da parte della fisiologia, della patologia e della terapeutica. L'*elettricità animale* e l'*elettro-terapia* erano prima del Volta e della pila; ma se quegli non avesse data questa quale sarebbe oggi l'elettro-fisiologia? Avremmo noi la galvano-caustica, l'elettrolisi? L'elettricità dinamica sorta con le scoperte del Galvani, sarebbesi suddistinta nelle due specie di correnti, le continue e le indotte? Noi dobbiamo pure ricordare che il Volta compose il *piliere elettrico* guardando all'*organo naturale* della torpedine, sicchè egli amava di chiamare il nuovo strumento *organo elettrico artificiale*. Egli stesso poi scendeva a particolari di pratica utilità per la medicina, e scriveva dell'*applicazione dell'elettrico ai sordi muti dalla nascita* « (Annali di Chimica e di Storia naturale, » 1802, XXI, 100), senza per altro trasmodare come altri fece nelle speranze.

E però i medici convenendo alla solennità di Pavia, non solo onoreranno l'Uomo, che tanto onorò la patria, e sì gloriosa ne fece la scienza,

ma renderanno insieme tributo di gratitudine alla memoria di chi potentemente concorse a mostrare gl' intimi legami dei fatti naturali e la comunanza delle leggi, che li governano.

Preparazione del curaro. — Secondo il dott. Jobert gl' ingredienti principali del più potente curaro americano, quello degl' Indiani Tincunas, sono due: 1° l'*urari uva*, pianta arrampicante del tipo delle stricnee, forse lo *Strychnos castelnae* di Weddell; 2° l' *ecko*, o *pani del maraho*, pianta essa pure arrampicante con i caratteri della famiglia delle menispermee, e probabilmente il *Cocculus toniferus* dello stesso Weddell. Ingredienti accessori il *taja* (aroidea), l'*eone* o *mucura-ea-ha Didelphis cancrivora* ? amarantacea), tre piante della famiglia delle piperacee forse del genere *Artanthe*, e il *tau-ma-gere* o *lingua di toucan*. Al Calderào nel Brasile, poco lungi dal confine peruviano, vid' egli fabbricare questo veleno, tutto composto di sostanze vegetali. Raschiata la prima corteccia sottilissima de' rami più grossi dell' *urari* e dell'*ecko*, vennero mescolate le raschiature nella proporzione di 4 parti di quella con una di questa, e poste in un imbuto di foglie di palma. Versatavi sopra acqua fredda, e riversatavi otto volte, il liquido che ne colava finiva per prender colore rosso. Quindi lo si bolliva per 6 ore circa con pezzi di fusto di *taja* e di *mucura* fino a che, fatto denso, vi si aggiungeva la raschiatura delle piperacee. Ribollito, lo si lasciava raffreddare ed allora diveniva spesso come vernice. Lo stesso Jobert, che avrebbe sperimentato separatamente i suddetti ingredienti, trovava di maggior azione l' *urari* e il *taja*, laddove che il *pani* è di effetto meno pronto. « (Comptes rendus de l'Académie des sciences. » Paris 1878, 28 Janvier, pag. 121).

Premj. — *Programma dei concorsi ai premi proposti dalla R. Accademia di medicina di Torino.* — Tema del sesto concorso al premio Riberi di L. 20,000. — *Fisio-patologia del sangue.*

Le condizioni del concorso sono le seguenti:

1.° Sono ammessi al concorso i lavori stampati o manoscritti dettati in lingua italiana, francese o latina.

2.° I lavori stampati devono essere editi dopo il 1876 e saranno inviati in doppio esemplare all'Accademia, franco di porto.

3.° I manoscritti devono essere in carattere intelligibile e rimarranno proprietà dell'Accademia, essendo fatta facoltà all'autore di farne estrarre delle copie a proprie spese.

4.° Qualora l'Accademia aggiudichi il premio ad un lavoro manoscritto, questo dovrà essere reso di pubblica ragione dallo autore prima di ricevere l'ammontare del premio, ed inviarne due copie all'Accademia. (Il tempo utile per le presentazioni scade addì 31 dicembre 1879).

5.° Siccome sono pendenti delle trattative coll' erede del compianto prof. Riberi per rendere il premio perpetuo, così l'Accademia si riserba

di stabilire il tempo utile in cui le opere dovranno essere inviate alla medesima; ad ogni modo esso non sarà minore di tre anni dall'epoca della pubblicazione del presente programma.

Torino, 1° gennajo 1877.

Olivetti, Presidente.
Giacomini, Segretario generale.

Tema del primo concorso fondato dal sig. prof. Bonacossa di L. 600.

Tema:

Quale scopo devono avere i pubblici Manicomi presso i popoli civili, e quali uffizii possono competere ai medici nella direzione di essi. — Indicare i differenti fini dei Manicomi; far conoscere le condizioni materiali e morali di quelli d' Italia, estendendo, se vuolsi, tali notizie ad Istituti di paesi stranieri, lo che a parità di merito per gli altri riguardi, contribuirà a rendere maggiormente pregevoli gli scritti dei concorrenti.

Le condizioni del concorso sono le seguenti:

1.° I lavori manoscritti, o stampati, dovranno essere presentati all'Accademia con tutto il 31 dicembre 1879.

2.° Saranno dettati in lingua italiana, latina o francese, e rimarranno proprietà dell'Accademia, fatta facoltà agli autori dei manoscritti di farne prendere copia a loro spese.

3.° I lavori stampati dovranno essere editi nel quadriennio 1876-77-78 e 79.

Torino, 30 novembre 1875.

Bruno, Presidente.

Giornali Medici italiani. — Nell'elenco datone a p. 102 (Parte originale) aggiungasi l' *Archivio per le Scienze mediche* pubblicato da due anni a Torino dal prof. cav. Giulio Bizzozero.

Il Direttore e Gerente responsabile
Prof. **A. Corradi.**

INDICE DELLE MATERIE

RIVISTA DI MEDICINA LEGALE
del prof. ARRIGO TAMASSIA.

(Da pag. 193 a pag. 229).

I.
Tanatologia.

II.
Identità.

III.
Venere forense.

IV.
Bio-tanatologia dei neonati.

V.

Psicopatologia forense.

Motet — *Assassinio commesso da un epilettico.*
Folet — *Disordini psichici derivanti dalla fame.*
Kornfeld — *Sulla pazzia dei delinquenti.*
Ireland — *Idiozia ed imbecillità.*
Tamburini — *Monomania impulsiva da epilessia.*
Tamassia — *Gli ultimi studj italiani sulla imputabilità.*

VI.

Parte formale.

De Crecchio — *L'insegnamento della medicina legale in Italia.*

RIVISTA OTTALMOLOGICA

del dott. G. FLARER.

(Da pag. 230 a pag. 257).

Dürr — *Nuovi tentativi di cheratoplastica.*
Just — *Drenaggio dell'occhio con esito infausto.*
Zehender — *Breve rapporto sulla sezione ottalmologica della 50.ª riunione dei naturalisti in Monaco.*
Michel — *Sopra una cura ortopedica delle paralisi muscolari dell'occhio.*
Schroeter — *Cisti sierosa spontanea dell'iride.*
Niedieck — *Sulla neuritis migrans e sue conseguenze.*
Badal — *Retino-coroidite dovuta alla presenza d' un corpo straniero da quattro mesi fissato sulla congiuntiva palpebrale superiore.*
Id. — *Estrazione della cataratta senza iridectomia.*
Galezowski — *Studj sul distacco della jaloidea.*
Badal — *Focometro.*
Dransart — *Nistagmo dei minatori.*
Warlomont — *Rendiconto della sezione ottalmologica al Congresso periodico internazionale delle scienze mediche di Ginevra.*
Galezowski — *Sopra di un nuovo processo operatorio della trichiasi per mezzo del termo-cauterio.*
Twedy — *Influenza delle instillazioni del gelsemium sull'apparecchio della visione.*
Horner — *Indicazioni e controindicazioni dell'Atropina e del Calabar.*
Taylor — *Nuovo metodo ed efficace per la cura dei casi, così detti incurabili, del simblefaron.*
Ramorino — *Contributo allo studio dell'uso dell'eserina nelle malattie corneali.*

RIVISTA DI TERAPEUTICA E DI FARMACOLOGIA

del Prof. A. CORRADI.

(Dalla pag. 258 a pag. 277).

BIBLIOGRAFIA.

VARIETÀ.

Prezzo delle Inserzioni Cent. 30 la linea o spazio di linea di sette punti. Dirigere le Commissioni all'Ufficio Centrale d'Annunzi A. MANZONI e COMP., Via della Sala, N. 16, in Milano.

GOTTA E REUMATISMI

Il METODO del Dott. LAVILLE della Facoltà di Parigi, guarisce gli accessi di Gotta come per incantesimo, di più esso ne previene il ritorno. — Questo risultato è tanto più rimarchevole perchè si ottiene con una medicazione la più semplice e di una efficacia ed innocuità che può esser paragonata a quella del chinino nella febbre.

Vedere in proposito le testimonianze dei principi della scienza, riassunti in un piccolo volumetto che si dà gratis dai nostri Depositari. — Esigere la marca di fabbrica ed il nome di J. Vincent, farmacista della Scuola di Parigi, solo ex-preparatore del dott. Laville e il solo da lui autorizzato. — Agenti per l'Italia A. MANZONI e C., Milano, via Sala, 16, e vendita al dettaglio nelle primarie farmacie.

FERRO BRAVAIS (Ferro dializzato Bravais)

Il solo adottato in tutti gli Ospitali :
Ordinato da tutti i principali Medici
ANEMIA, CLOROSI, SPOSSATEZZA
PERDITA D'APPETITO, POVERTÀ DI SANGUE
FIORI BIANCHI, CONSUNZIONE

3 Medaglie, Espne di Parigi, Bruxelle, Filadelfia
di Francia e dell'Estero, per combattere :
DEBILITAZIONE, DEBOLEZZA DEI FANCIULLI
LINFATISMO, DIGESTIONI DIFFICILI
NEVRALGIE, STERILITÀ, PALPITAZIONI

Il Ferro dializzato di cui il Sigr BRAVAIS ha creata la vera formola (fabbricata d'appresso i dati ch' egli solo possiede e con degli apparecchj speciali) non può essere imitato. **Non può essere che contraffatto. Il** pubblico è dunque pregato d'esigere sulla *capsula*, *etichetta o flacone*, il nome, la firma e la marca di fabbrica qui-contro, come **garanzia**.

Il più bell' elogio che si possa fare di quest' incomparabile prodotto è di citare li apprezzamenti del Ferro Bravais, fatti dai primarj medici di Francia e anche dell' Europa.

« Benchè nessuno possa segnare un limite alle scoperte della scienza, dice uno di questi medici, dubito assai, che si possa ancora trovare un ferruginoso d'una efficacità più energica, più assoluta che il **Ferro dializzato Bravais**, possedente dei vantaggi superiori a tutti i ferruginosi, senza aver un solo degl' inconvenienti.

DEPOSITO PRINCIPALE A PARIGI
13, rue Lafayette
Laboratorio e Fabbrica a Asnières.

(Invio gratis dell' Opuscolo)

Deposito generale per l'*Italia* : A. MANZONI et C.
MILANO — Via della Sala, 14, 16 — MILANO

Vendita in MILANO da **A. Manzoni e C.** — Succursale della Casa GRIMAULT e C., per l'Italia in Napoli, agente generale *G. Aliotta*, 56, Strada Donnalbiana.

ANCELIN DESNOIX E C.IE. FARMACISTI

17, Rue Vieille du Temple, Paris.

L'EUFORBIO

Sparadrappo rubefacente rivulsivo contro le irritazioni del petto e della gola, le tossi, i reumi, la bronchite, la tosse ferina, la laringite acuta o cronica, i dolori reumatici, la lombaggine, la sciatica, ecc. — *Si trova da tutti i Farmacisti.*

Vendita in Milano da A. MANZONI e C., via Sala, 16, angolo di via S. Paolo.

SCOPERTA

Non più asma, nè tosse, nè soffocazione, mediante la cura della Polvere del Dottor **H. Clery**, di Marsiglia. — Scatola N. 1 L. **4**. Scatola N. 2 L. **8. 50**.

Deposito generale per l'Italia A. MANZONI e C., Milano, via della Sala, 16, angolo di S. Paolo.

OLIO DI FEGATO DI MERLUZZO FERRUGINOSO

Preparazione del Farmacista* ZANETTI, *Milano.

L'Olio di fegato di Merluzzo, come lo dinota il nome, contiene disciolto del ferro allo stato di protossido, oltre quindi alla proprietà tonico-nutriente dell'Olio di fegato di Merluzzo per sè stesso, possiede anche quello che l'uso del ferro impartisce all'organismo ammalato già consacrato fin dall'antichità in tutti i trattati di medicina pratica e di cui si serve tanto spesso anche il medico oggidì. Prezzo della boccetta **Lire 3.** — Deposito in Milano presso la farmacia *Zanetti*, via Spadari; da *Pozzi*, corso Porta Venezia; e da A. MANZONI e C., via della Sala, N. 16, e in tutte le più accreditate farmacie d'Italia. All'ingrosso dal preparatore che si avrà lo sconto d'uso.

Prodotti della casa L. FOUCHER D'ORLÉANS (Francia)

50, via Rambuteau, PARIGI.

ADOTTATI DAI PRIMARI MEDICI

CONFETTI DI IODURO DI FERRO E DI MANNA

Guariscono senza dolori di stomaco ne stitichezza : vengono riguardati da tutti i Medici como il primo dei Ferruginosi, contro i colori pallidi, e le perdite bianche, ristabiliscono le mestruazioni e rendono la forza ai fanciulli linfatici, o prostrati dal crescere. 3 fr. 50 al flacone.

CONFETTI DI IODURO DI POTASSIO

Prezioso depurativo del sangue.

Guariscono senza ripugnanza né salivazione, gli Umori freddi, Malattie della Pelle, Gotta, Reumatismi, Sifilidi, Gozzo, Ingorgo di glandole, Furoncoli; infine tutte le malattie provenienti d'Acrità di sangue e da umori. 4 fr. 50 il flacone.

CONFETTI AL BROMURO DI POTASSIO

Le Malattie Nervose, Epilepsia, Isterismo, Ballo di St-Guy, Tossi convulsive, Attacchi di Nervi, Nevralgie, Mali di Testa sono guariti da questi Confetti 4 a 6 presi alla sera procurano un sonno calmo. 3 fr. 50 al flacone.

All'ingrosso,50,rue Rambuteau,Parigi.- Depositi in Milano da *A. Manzoni e C.*, Zambelletti, Biraghi, Polli, Maldifassi, Riva-Palazzi.

Non più Mercurio. — Non più Copaive. — Non più Cubebe.

INJEZIONE PEYRARD

FARMACISTA IN ALGERI

L'Injezione Peyrard è la sola al mondo la quale non contenga alcun principio né caustico né tossico, e la quale guarisca realmente in 4 a 6 giorni. **Rapporto** : Parecchi medici d'Algeri hanno esperimentata la Injezione Peyrard sopra 232 Arabi affetti da scolo recente o cronico dei quali, 80 malati da più di 10 anni, 60 da 5 anni, 92 da 4 giorni a due anni; il risultato inaudito diede 231 guarigioni radicali dopo 6 a 8 giorni di cura. *Secondo esperimento* fatto sopra 184 Europei, diede 184 guarigioni. Ne hanno constatata l' eccelenza i distinti medici Solari, Ferrand ✻, Bernard ✻, Ali-Boulouk-Hachi, ecc., ecc.

Deposito generale per l'Italia : A. MANZONI e C.ᵉ, Milano, Via Sala, 14.

TAYUYA

PROPRIETA' DEI FRATELLI UBICINI DI PAVIA.

Nuovo Rimedio in surrogazione ai preparati di Mercurio raccomandato dai primari Medici per la cura della **Scrofola** e della **Sifilide.** — Prezzo **L. 5.** al flacone. — Rappresentanza e deposito in Milano alla Farm. Crippa di E. Camelli, via Manzoni, 50. e vendonsi nelle primarie Farmacie.

Pastiglie alla Codeina

PER LA TOSSE

PREPARAZIONE

del farmacista A. ZANETTI

MILANO.

L'uso di queste pastiglie è grandissimo, essendo il più sicuro calmante delle irritazioni di petto, delle tossi ostinate, del catarro della bronchite e tisi polmonare; è mirabile il suo effetto calmante la tosse asinina. Prezzo **L. 1.** — Deposito in Milano presso la farmacia *Zanetti*, via Spadari, e da *Pozzi*, corso Porta Venezia e da *A. Manzoni e C.*, via Sala, 16, e in tutte le più accreditate farmacie d' Italia. All' ingrosso dal preparatore che si avrà lo sconto d'uso.